



Instituto Politécnico de Santarém

Escola Superior de Saúde Santarém

Os Resultados das Intervenções de Enfermagem na Linha Saúde Pública

4º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

Relatório de Estágio apresentado para obtenção do grau de mestre em Enfermagem Comunitária

Anabela Pereira Coelho

Orientador

Professora Isabel Barroso

Santarém

2015, Maio

AGRADECIMENTOS

Nestas fases críticas do nosso desenvolvimento profissional e pessoal a família, como pilar crucial que nos apoia incondicionalmente, merece, obviamente, a primazia do destaque, no entanto os amigos, como a Andreia Silva e os colegas de curso como a Marta Rosa, também merecem a sua menção pois para além de colegas foram também elas uma inspiração e ajuda à concretização deste trabalho.

Um sentido agradecimento a todos os enfermeiros da Linha de Saúde Pública que, de forma dedicada e comprometida, nos apoiaram na elaboração deste trabalho, sendo o sucesso do mesmo, obviamente partilhado com eles.

O agradecimento final e especial é dedicado aos orientadores da escola, Professora Isabel Barroso, e da Linha de Saúde Pública, Mestre Sérgio Gomes, por toda a orientação e discussão crítica das atividades, projetos e relatório final de estágio.

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

cf. – Confronte-se

DGS - Direção-Geral da Saúde;

EEECSP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

LSP- Linha de Saúde Pública

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial de Saúde

SNS- Serviço Nacional de Saúde

RESUMO

O presente relatório pretende refletir a aprendizagem efetuada durante a unidade curricular de “Estágio e Relatório” que decorreram na Linha de Saúde Pública (LSP).

Para além da análise reflexiva da prática e das atividades desenvolvidas em enfermagem comunitária procurou-se ainda responder a uma pergunta de partida: “Como se mede os resultados das intervenções de enfermagem da LSP?”

Neste relatório procurou-se através do modelo de enfermagem da Betty Neuman e do modelo conceptual de Laverack, sobre o empoderamento comunitário, investigar no contexto da comunidade de enfermeiros da LSP, como monitorizar as práticas de enfermagem evidenciando os resultados mais sensíveis a intervenções destes enfermeiros.

Para além da revisão sistemática da literatura, da observação participante e da entrevista semi-estruturada utilizou-se ainda como método de recolha de dados a auscultação de peritos bem como a realização de um painel delphi.

A análise efetuada procurou, através do empoderamento da comunidade de enfermeiros da LSP, fazer emergir as reais necessidades desta comunidade naquilo que é o controlo sobre o conteúdo da prática, o controlo sobre o contexto da prática e o controlo sobre as competências.

Numa comunidade, altamente diferenciada, como a de enfermagem, o saber é poder, é autonomia e segurança profissional assim sendo e porque se identificou como área crítica, no diagnóstico de situação, o défice de reconhecimento do impacte da atividade da LSP, junto da população, decidiu-se desenvolver um sistema de monitorização das intervenções de enfermagem, flexível e sensível ao contexto específico da intervenção de enfermagem por atendimento telefónico.

Certos das especificidades deste contexto da LSP, dos seus coordenadores nacionais e regionais bem com da sua equipa, acreditamos que o empoderamento desta comunidade, despoletado durante este estágio, só agora está a começar permanecendo a sua prática, doravante, em permanente desconstrução e construção.

ABSTRACT

This report is intended to reflect the learning made during the curricular unit “Estágio e Relatório” which took place at the Public Health Line (LSP).

In addition to the reflective analysis of the practice and the activities developed with the LSP community we attempt to answer the follow starting question: "How do you measure the results of nursing interventions of the LSP?"

In this report, through the nursing model of Betty Neuman and the conceptual model of Laverack about community empowerment, we investigate the context of the LSP community nurses, how to monitor their nursing practices highlighting the sensitive results of these nursing intervention.

Complementing the systematic literature review, the participant observation and semi-structured interview we also collect data from the consultation of experts and the holding of a Delphi panel.

The analysis carried out, used the empowerment of nurses in the LSP's community, bring out the real needs of this community in what is their control over the content of practice, control over the context of practice and control over skills.

In a community, highly differentiated, such as nursing, knowledge is power, is autonomy and job security. Considering the identification of the critical área (nursing diagnosis) related to the “impact of the LSP activity in the population” it was decided to develop a monitoring system of nursing interventions, flexible and responsive to the specific context of telenursing.

Some characteristics of the LSP's contexto, national and regional coordinators and characteristics of the nursing team make us believe that the empowerment of the community, triggered during this stage, is only now beginning and it will remaining henceforth in permanent deconstruction and construction of practice.

INDICE

INTRODUÇÃO	9
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	13
1.1. ATENDIMENTO TELEFÓNICO DE ENFERMAGEM.....	13
1.2. AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS DE ENFERMAGEM.....	14
1.3. EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO	18
1.4. MODELO TEORICO DE ENFERMAGEM	20
2. DEFINIÇÃO DA PROBLEMÁTICA	23
2.1. DIAGNÓSTICO DE COMUNIDADE.....	25
2.2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE COMUNIDADE	26
3. NATUREZA DO PROJETO DE INTERVENÇÃO	29
4. ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	31
5. MATERIAIS E MÉTODOS.....	37
5.1. REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA	37
5.2. ANÁLISE DE CONTEXTO	39
5.2.1. Auscultação de Peritos.....	40
5.3. LIMITAÇÕES DAS METODOLOGIAS	41
6. CONSIDERAÇÕES ÉTICO-LEGAIS E CONFLITOS DE INTERESSE	43
6.1. REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA	43
6.2. ANÁLISE DE CONTEXTO.....	43
7. RESULTADOS.....	45
7.1. REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	45
7.2. ANÁLISE DE CONTEXTO.....	49
7.2.1. Painel de peritos	49
7.2.2. Painel Delphi.....	50
7.2.3. Sistema de Monitorização das Intervenções de Enfermagem.....	51

8. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	53
8.1. SISTEMA DE MONITORIZAÇÃO	53
8.2. EMPODERAMENTO DA LINHA SAÚDE PÚBLICA.....	55
 9. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E CONTRIBUTOS PARA O FUTURO.....	 59
 10. CONCLUSÃO.....	 61
 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	 63
 ANEXOS.....	 71
Anexo 1: Diagnóstico da comunidade	72
Anexo 2: Distribuição de Enfermeiros LSP em Portugal Continental	132
Anexo 3: Módulos de intervenção da LSP	228
Anexo 4: Projeto Individual de Intervenção.....	230
Anexo 5: Programa de Formação	257
Anexo 6: Avaliação das Atividades do Projeto de Intervenção	258
Anexo 7: Descritores em ciências da saúde da BIREME.....	261
Anexo 8: Árvore de decisão da seleção de artigos	262
Anexo 9: Documento mártir (Painel Peritos)	263
Anexo 10: Correio electrónico de validação e conclusões	268
Anexo 11: Relatório síntese das conclusões	269
Anexo 12: Questionário Delphi	273
Anexo 13: Fluxograma do processo Delphi	281
Anexo 14: Informação bibliométrica dos artigos	282
Informação bibliométrica dos artigos	283
Anexo 15: Quadro Resumo de Resultados	284
Quadro Resumo de Resultados.....	285
Anexo 16: Resultados obtidos nas três rondas	288
Anexo 17: Sistema de Monitorização.....	292
Anexo 18: O empoderamento da comunidade LSP.....	307
Anexo 19: Apresentação final dos resultados.....	309

INDICE DE TABELAS

Tabela 1: Pergunta PICO	38
-------------------------------	----

INTRODUÇÃO

A unidade curricular “Estágio e Relatório” decorreu durante o 1.º semestre do segundo ano do 4.º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, até 04 de julho de 2014 na Linha Saúde Pública (LSP). O percurso de aprendizagem, reflexão e investigação que aqui se apresenta decorrem do trabalho já efetuado nos ensinos clínicos I e II, durante o qual foi possível realizar um diagnóstico de situação à comunidade de enfermeiros da LSP, emergindo, de entre outros, o seguinte diagnóstico: “Défice de conhecimento sobre os resultados das intervenções de enfermagem”.

A sociedade evolui aos longos dos tempos transmutando os seus referenciais, valores, necessidades e expetativas. As sociedades de hoje são sociedades de consumo, diferenciadas, conhecedoras dos seus direitos, exigentes e altamente dirigidas para as novas tecnologias de comunicação (European Commission, 2011), sendo as mesmas utilizadas no dia-a-dia para um variadíssimo número de atividades diárias.

De qualquer forma, as mudanças emergentes não se inscrevem, unicamente, naquilo que se entende como avanço tecnológico pois o paradigma da saúde/doença tem, também ele, evoluído ao longo dos anos, condicionando fortemente as prioridades de saúde.

Se por um lado os progressos da economia e da medicina aumentaram a esperança média de vida das populações por outro a adoção de novos estilos de vida, cada vez mais ocidentalizados e urbanos, contribuíram para o aumento da prevalência das principais doenças crónicas da civilização, como sejam a diabetes, as doenças cardiovasculares e o cancro (OECD , 2010).

Em 2010 um terço da população Europeia tinha pelo menos uma doença crónica (OECD, 2010), associando-se a estas implicações económicas graves. Para além do peso da carga da doença naquilo que é o consumo das famílias e sobre o produto interno bruto consegue-se apreciar que as despesas com os cuidados de saúde dirigidos às doenças crónicas ocupam proporções cada vez maiores nos orçamentos públicos e privados. (World Health Organization, 2011; Economist Intelligence Unit , 2011)

O aumento da esperança média de vida da população, o aumento da prevalência das doenças crónicas, a integração efetiva nas políticas de saúde de mais dois níveis de cuidados no *continuum* saúde/doença, como sejam o auto-cuidado e os cuidados paliativos,

geraram um ambiente propício ao desenvolvimento de novas formas de cuidar mais centrados na promoção da saúde e gestão da doença.

A resposta a estes desafios de saúde exigem a promoção de cuidados de proximidade, a capacitação dos doentes, famílias e cuidadores para uma adequada gestão dos seus processos de saúde/doença e uma efetiva mudança de paradigma da prestação de cuidados centrada no doente e nas suas, individualizadas, necessidades. (Bickerstaffe, 2013)

Qualquer um dos determinantes enunciados justifica a evolução da disciplina de enfermagem para além daquilo que, tradicionalmente, se entende como cuidados de cabeceira. Digamos que a enfermagem como saber de “cuidar do outro” e como principal recurso de “cuidados” nas organizações de saúde pode e deve ser utilizado do seu máximo potencial fazendo-se uso da transversalidade de competências destes profissionais não só nas áreas técnico científicas mas também nas áreas relacionais e de ajuda (Ledlow, Dan O’Hair e Moore, 2009).

Para vários autores a “tele-enfermagem” (tradução livre de autor de “Telenursing”) é um novo ramo da disciplina de enfermagem que, pela sua atuação de proximidade através de dispositivos telefónicos ou telemáticos, deve ser disseminado e cultivado pois tem demonstrado incrementar o auto-cuidado ao mesmo tempo que apresenta inúmeras vantagens económicas e financeiras (Holmström, 2007).

O grande objetivo da tele-enfermagem é evitar a utilização desnecessária de serviços clínicos ao mesmo tempo que promove a máxima autonomia dos doentes no domínio dos autocuidados (Kumar, 2011).

Assim sendo, procuramos com este relatório contribuir para a promoção de um ambiente empoderador nos enfermeiros comunitários e consequentemente na população a quem prestam cuidados, tal como preconizado pelo regulamento das Competências Específicas do Enfermeiros Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (Ordem dos Enfermeiros, 2011), evidenciando a importância da monitorização dos resultados da intervenção dos enfermeiros da LSP de modo a que esta atuação sistematizada venha, no futuro próximo, demonstrar que a LSP pode evitar desperdícios, reduzir custos, ao mesmo tempo que melhora o acesso e a qualidade da prestação de cuidados, promove a autonomia e a capacitação dos doentes.

Considerando os objetivos propostos no âmbito da unidade curricular “Estágio e Relatório” definiu-se para o presente relatório os seguintes objetivos e organização por capítulos:

Os Resultados das Intervenções de Enfermagem na Linha Saúde Pública

- Enquadrar a prática de enfermagem por contato telefónico naquilo que é a prática clínica baseada na evidência com recurso à revisão de literatura (capítulo 1.);
- Fundamentar a importância da monitorização das práticas de enfermagem (capítulo 1.);
- Enquadrar as intervenções de enfermagem em modelos de análise centrados no empoderamento comunitário e nos modelos teóricos de enfermagem (capítulo 1.);
- Justificar a problemática em estudo e contextualizar o diagnóstico de comunidade (capítulo 2. e 3.);
- Apreçar de forma crítica as estratégias de intervenção em enfermagem comunitária bem como os seus resultados (capítulo 4.);
- Fundamentar a singularidade da prática e enfermagem por contato telefónico através da revisão sistemática da literatura (capítulo 5. e 6.);
- Inventariar os recursos necessários à monitorização da prática de enfermagem através do recurso a painel de peritos (capítulo 5. e 6.);
- Fundamentar as competências desenvolvidas em ação sustentando-as na natureza da Enfermagem Avançada utilizando para tal o recurso ao painel Delphi (capítulo 5. e 6.);
- Divulgar e discutir os resultados sensíveis à ação/intervenção de enfermagem na área da LSP (capítulo 7. e 8.);
- Apresentar um sistema de monitorização das intervenções de enfermagem (capítulo 7.).
- Assim, a organização do presente relatório pretende por um lado analisar de forma crítica as atividades desenvolvidas durante as dezoito semanas de ensino clínico, explicitando o enquadramento teórico, as decisões metodológicas adotadas, o processo de construção de dados assim como a sua apresentação, tratamento e análise. Pretende-se ainda analisar e discutir os resultados, à luz das competências desenvolvidas, contribuindo com reflexões finais para a melhoria dos cuidados de enfermagem comunitária.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1.1. ATENDIMENTO TELEFÓNICO DE ENFERMAGEM

A Enfermagem é reconhecida, mundialmente, como fundamental em qualquer sistema de saúde pois presta alguns dos serviços essenciais à manutenção do estado de saúde quer numa perspectiva curativa, de reabilitação ou de prevenção e promoção da saúde, desempenhando um papel crucial e custo-efectivo na redução da mortalidade, morbilidade, incapacidade e dependência (World Health Organization, 2003; Mendes et al 2011).

Vários estudos têm demonstrado que a Enfermagem baseada na evidência usa de forma conscienciosa, explícita e criteriosa a informação e o conhecimento científico em prol das necessidades dos doentes, tendo elevado grau de decisão e julgamento independente (Polit e Beck, 2013).

Os enfermeiros, decorrente da sua formação, e em particular os especialistas de saúde comunitária desenvolvem a capacidade de escuta, de empatia e confiança junto daqueles que cuidam pois o exercício profissional da Enfermagem centra-se na relação interpessoal e na parceria estabelecida entre um enfermeiro e uma pessoa/família/comunidade, no pleno respeito pelas suas capacidades (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

No atendimento telefónico de enfermagem a linguagem verbal está circunscrita às palavras orais, ao tom e à inflexão da voz, assim a forma como se comunica é quase tão importante como aquilo que se comunica (Granapathy e Ravindra, 2011).

As intervenções qualificadas de enfermagem de informação, aconselhamento e ensino por consulta telefónica requerem, assim, o desenvolvimento específico de competências de comunicação e relação interpessoal que vão muito além da utilização de um sistema informático de apoio à decisão (Ledlow et al 2009).

Nos *call center* os enfermeiros têm de, perante a situação problema apresentada, estabelecer uma relação de proximidade com os doentes, para que os mesmos veiculem as informações mais relevantes para a resolução/orientação da situação em causa, tomar

decisões sistémicas, sistemáticas e incorporar os resultados da investigação na sua prática (Ordem dos Enfermeiros, 2011). Aos enfermeiros é exigido um conhecimento especializado para, no âmbito do processo de enfermagem, conseguirem fazer um diagnóstico, encontrar as intervenções mais adequadas e transmitir toda a informação, aconselhamento ou ensino de forma clara e efectiva (Kumar, 2011).

Vários estudos têm demonstrado que o atendimento telefónico em saúde, quando realizado por enfermeiros, não só adequa a referenciação do doente no sistema, evitando custos de uma utilização de serviços desadequada face às reais necessidades do doente, com também potência a autonomia dos doentes e melhora o primeiro nível de cuidados: o auto-cuidado (Granapathy e Ravindra, 2011; Kumar, 2011).

As organizações de gestão de cuidados (Tradução de autor de “Managed Care Organizations”), como seja a *Kaiser Permanente*, têm vindo a investir fortemente, desde os anos 90, nesta nova prestação de cuidados à distância através da qual conseguem prevenir internamentos hospitalares, admissões nos serviços de urgências e complicações médicas assim como melhorar a monitorização e os resultados clínicos, acompanhar o desenvolvimento de técnicas de autogestão e melhorar a informação aos doentes sobre a sua situação de saúde (Granapathy e Ravindra, 2011).

1.2. AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS DE ENFERMAGEM

Desde meados do século XIX que Florence Nightingale documentava o significativo impacto do resultado em doentes através de estatísticas de mortalidade e morbilidade. No entanto, a mesma enfermeira nunca conseguiu documentar, com o mesmo rigor, a relação desses resultados (em doentes) com os cuidados de enfermagem (processo e estrutura) (Santos, 2014).

A enfermagem, por se enquadrar num contexto multidimensional, multiprofissional e interdisciplinar, tem tido alguma dificuldade em seleccionar indicadores exclusivamente sensíveis à sua intervenção, sendo por vezes tendencioso seguir medidas de avaliação de resultado baseadas também na eficácia e efetividade da intervenção médica, como a mortalidade, morbilidade, infecção, hemorragia, entre outras. (Chin, 2013) No entanto, esse esforço tem que ser estimulado pois, de acordo alguns autores, a enfermagem deve demonstrar o valor dos seus cuidados através da melhoria de determinados resultados relacionados com as suas intervenções (Newhouse, et al., 2011; Palese, et al., 2013). Caso

contrário, as contribuições específicas de enfermagem passam a estar invisíveis e sem qualquer suporte de retaguarda (Newhouse, et al., 2011).

Os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem são um indicador da qualidade dos cuidados que pode ser definido, de acordo com Needleman e subscrito pela Agency for Healthcare Research and Quality, como o estado, condição ou percepção do doente ou do cuidador que reflecte as intervenções de enfermagem. (Agency for Health Care Research and Quality, 2004; Needleman, 2002)

A avaliação de resultados através de indicadores sensíveis à prestação de cuidados de enfermagem permite evidenciar a dimensão autónoma do exercício da enfermagem que não pode nem deve ser negligenciada assim como ocultada (Ordem dos Enfermeiros, 2001). Um resultado sensível aos cuidados de enfermagem é um resultado sobre o qual a enfermagem pode ter uma maior contribuição, mas não lhe pode ser atribuída total exclusividade ou relação do tipo causal (Palese, et al., 2013).

Da revisão da literatura efectuada conclui-se que existem inúmeros factores capazes de influenciar os resultados de enfermagem para além da prestação per si, como sejam o sexo, a idade, o nível socioeconómico e de instrução, a gravidade da doença e o grau de dependência do doente, a multidisciplinaridade de intervenções e ainda um conjunto de outras variáveis de cuidados que não se conseguem controlar, como sejam a consistência do comportamento humano e das respostas humanas dos doentes. (Chin, 2013)

Assim, apesar de autores como Chin (2013), Jeffs (2013) e Palese (2013) mencionarem ser complexa a identificação de todos os factores que influenciam a prestação de cuidados de enfermagem e que definem o critério de resultado atribuível largamente à enfermagem, neste relatório será feito um esforço para se estudar as intervenções de enfermagem na LSP tentando-se explicitar claramente o que são os *inputs* de enfermagem e quais são os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem que podem ser atribuídos a esses *inputs* identificados.

A enfermagem tem como objetivo central promover mais ganhos de saúde através de uma prestação de cuidados efetiva, ou seja, capaz de produzir no doente aquilo que se deseja que seja produzido (Palese, et al., 2013). Para avaliar a efectividade da prestação de cuidados terá que se avaliar resultados finais que, de acordo com Kleinpell, podem ser de três tipos (Kleinpell R. , 1997):

Patient Outcomes (resultados observados em doentes)

Os resultados observados em doentes mais utilizados, na atualidade, tentem a preconizar cada vez menos as complicações (ex: mortalidade, complicações pós-operatórias, entre outros) e cada vez mais os ganhos dos cuidados como sejam: estado físico e mental, capacidade de retorno ao trabalho, qualidade de vida, satisfação do doente e família, estado geral de saúde, conhecimento sobre a doença, sintomas de alerta, medicação, entre outros.

Provider Outcomes (resultados do prestador)

Os resultados do prestador refletem o resultado dos cuidados providenciados pelos prestadores. Estes incluem especificamente a resposta dos doentes ao tratamento e cuidados, como sejam a severidade da doença, a co-morbilidade, mortalidade, o nível de dependência do doente, entre outros.

Payer Outcomes (resultados do pagador)

Mais do que avaliar a qualidade dos cuidados e o efeito destes no doente, este tipo de resultado permite avaliar e planear a forma como os mesmos estão a ser prestados, sendo seu principal objetivo melhorar a eficiência da oferta de cuidados de saúde e reduzir os seus custos. Estes incluem indicadores tais como: morbilidade, mortalidade, infeção nosocomial, readmissões, tempo de internamento, custos com os cuidados, entre outros. Este resultado não deve ser usado isoladamente, pois dá uma visão restrita dos resultados que devem orientar os profissionais de saúde. Deve ser analisado em conjunto com os anteriores, uma vez que depende claramente dos dois últimos.

No tocante à avaliação de resultados, por estes serem multidimensionais, pode-se utilizar instrumentos baseados em sistemas de classificação de doentes, na percepção do doente e/ou ainda baseados na percepção e juízo formado pelo prestador (Jeffs, et al., 2013).

Spilsbury (2001) através de uma revisão sistemática da literatura identifica alguns focos de atenção sobre os quais a enfermagem pode ter uma forte contribuição, nomeadamente em áreas como a higiene pessoal, nutrição, hidratação, integridade cutânea/úlceras de pressão, terapêutica endovenosa, planeamento da alta, gestão e controlo da dor e educação/reabilitação. A mesma autora menciona ter identificado um estudo randomizado e controlado onde são mencionadas outras áreas em que a enfermagem pode ter um importante contributo naquilo que é o resultado final observado em doentes, como sejam as áreas de intervenção de enfermagem de promoção da saúde, de cuidados pré e pós-operatório e de prevenção/redução da ansiedade.

Os Resultados das Intervenções de Enfermagem na Linha Saúde Pública

Ao longo dos últimos anos a revisão de literatura tem evidenciado que os tradicionais critérios de mortalidade, morbilidade, dias de internamento, readmissões e grau de dependência, que eram utilizados indevidamente nos estudos sobre resultados de enfermagem, pois de acordo com os diferentes autores esses resultados podem ser atribuídos a todos os prestadores e não a uma única intervenção (a de enfermagem, por exemplo) (Jeffs, et al., 2013), têm vindo a ser cada vez menos utilizados.

Corroborando o anteriormente mencionado verifica-se na literatura que a monitorização dos resultados em saúde (nas diferentes perspetivas enunciadas do doente, prestador e pagador) tem vindo aproximar-se do paradigma salutogénico, ou seja para além dos clássicos indicadores de mortalidade e complicações pós-operatórias, indicadores claramente biomédicos, outros têm vindo a ser acompanhados como sejam o estado físico e mental, a capacidade de retorno ao trabalho, a qualidade de vida, a satisfação do doente e família, o estado geral de saúde, o conhecimento sobre a doença, os sintomas de alerta, medicação, entre outros (Doran, 2011; Chin, 2013).

Está descrito na literatura que os resultados observados em doentes decorrentes da intervenção da enfermagem ou da intervenção partilhada médica/enfermagem são similares ou até mesmo melhores do que os observados perante intervenções médicas isoladas (Newhouse, et al., 2011).

A mesma revisão sistemática da literatura veio ainda demonstrar que em contexto hospitalar, as intervenções de enfermagem para além de reduzirem o tempo de internamento reduzem o custo global com os cuidados (Newhouse, et al., 2011)

Apesar de reconhecermos as dificuldades metodológicas de se definir com rigor a efetiva contribuição da enfermagem nos resultados em Saúde (Doran, 2011), consideramos que uma enfermagem orientada para resultados é uma enfermagem capaz de construir cientificamente a disciplina, desenvolvendo um conhecimento sólido de orientação das práticas (Polit e Beck, 2013) .

1.3.EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros o desafio de responder às novas necessidades de saúde pressupõe, como enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária e de saúde pública, o desenvolvimento de intervenções holísticas centradas na comunidade capacitando-as para responderem e resolverem de forma autónoma e dinâmica os seus problemas ou necessidades (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Este processo de capacitação da comunidade, é preconizado pela Organização Mundial de Saúde desde 1998, como uma estratégia de melhoria da saúde e de redução das desigualdades e envolve conhecimentos das diferentes ciências sociais e humanas. (World Health Organization, 1998)

A comunidade científica, internacional, tem reconhecido as mais-valias destas iniciativas/movimentos coletivos, como construto de uma cultura e sociedade mais pro-ativa e participativa na Saúde, quer a nível da melhoria na qualidade de vida quer a nível da influência e desenvolvimento de capacidades para tomadas de decisão coletivas. (Woodall et al, 2012; Moore, et al., 2014)

O empoderamento comunitário visa a partilha de poder e o reconhecimento da comunidade como parceiro ativo e primordial do processo de cuidados sendo ainda definido pela Organização Mundial Saúde (1998) como “processo de capacitar as pessoas no sentido de melhorarem o controlo que detêm sobre a sua saúde”.

Um dos principais desafios das atuais sociedades democráticas é a promoção do modelo salutogénico, como mecanismo pró-ativo de capacitação do indivíduo/comunidade de forma a que os mesmos lidem de forma positiva com os fatores adversos da vida quotidiana. Está inclusivamente previsto pela OE no Regulamento nº128/2011 que uma das competências específicas do EEECSF a de “participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção com vista à capacitação e «empowerment» das comunidades na consecução de projetos de saúde coletiva” (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

No presente relatório a estratégia de empoderamento comunitário integra como cliente a comunidade de enfermeiros da LSP, ou seja o enfermeiro especialista tem como seu foco de atenção o coletivo ou o bem comum da população e não a saúde individual, apesar de a mesma, como previsto na teoria dos sistemas, pelas suas múltiplas interligações

influenciar, obviamente, a saúde coletiva. Assim sendo, os intervenientes (enfermeiros da LSP) no processo de empoderamento têm que se aceitar como coletivo não só na partilha do poder como também, dos resultados obtidos com a intervenção. (Stanhope e Lancaster, 2011)

A intervenção do enfermeiro especialista, mantendo sempre o seu foco de atenção no coletivo, procura desenvolver estratégias de “fazer com” e “em conjunto” por forma a se maximizar a capacitação da comunidade (Moore, et al., 2014), como concretizado no estágio II com a comunidade de enfermeiros da LSP.

Neste relatório, como já corroborado por outros autores (Moore, et al., 2014; Laverack e Wallerstein, 2001; Kieffer, 1984), procuramos apresentar o empoderamento comunitário tanto como “processo” como “resultado”, apesar de neste último caso a sua avaliação ser a longo prazo e fortemente condicionada por mudanças sociais e políticas (Laverack e Wallerstein, 2001).

A análise do empoderamento comunitário como processo tem sido mais consistentemente discutido na literatura pois, como os programas de promoção da saúde são de curta duração, a sua avaliação é mais simples e pode ocorrer durante o período de implementação do programa (Laverack e Wallerstein, 2001), o que não acontece quando analisamos o empoderamento comunitário como resultado, pois o mesmo só se evidencia na comunidade, no seu todo, ao fim de cerca de 7 anos, apesar da experiência individual desse empoderamento ser imediata (Labonté e Laverack, 2008).

Apesar das experiências de empoderamento comunitário, relatadas na literatura internacional, terem tido a sua génese nos anos 80 com o Programa Europeu das Cidades Saudáveis da Organização Mundial de Saúde-Europa (World Health Organization, 1987) e serem maioritariamente descritas por autores Europeus, verifica-se na atualidade que o conceito se encontra já implementado em países africanos e asiáticos como ferramenta crucial da promoção de saúde de populações vulneráveis (Woodall et al, 2012).

Apesar de na literatura e investigação contemporânea ainda haver muita confusão em torno do conceito e nível de aplicabilidade do empoderamento comunitário assumimos neste relatório que o paradigma subjacente é o de ação social concertada promotora da participação do indivíduo, organizações e comunidades em torno de objetivos de incremento individual, controlo comunitário, eficácia política, melhoria da qualidade de vida e justiça social (Woodall et al, 2012).

1.4.MODELO TEORICO DE ENFERMAGEM

O modelo teórico de Betty Neuman rompe com o paradigma biomédico e tradicional da Saúde em prol de uma metodologia de atuação holística e global da pessoa, entendida como sistema aberto em constante interação com o ambiente (Pearson et al, 2005) no qual se inscrevem os prestadores de cuidados.

Para Neuman as percepções dos enfermeiros afetam os cuidados de enfermagem que prestam à comunidade, assim considera permissa fundamental avaliar o campo perceptivo da pessoa que cuida (enfermeiro) e de quem é cuidado (doente). No seu modelo teórico a “pessoa” pode ser um individuo, família, grupo, comunidade ou entidade social, multidimensional, caracterizada como um todo dinâmico de inter-relações entre fatores fisiológicos, psicológicos, socioculturais, espirituais e de desenvolvimento. (Tomey e Alligood, 2004).

Assim sendo, neste relatório consideramos como “pessoa” a comunidade de enfermeiros da LSP, coordenada por um enfermeiro supervisor que é responsável por avaliar esse sistema aberto e todas as suas vertentes. Tal como refere Betty Neuman, esta comunidade está em constante mudança ou em deslocação sendo o enfermeiro coordenador um elemento-chave pois vê a comunidade como uma peça única e perceciona a relação de todas as variáveis que afetam as respostas dos indivíduos (Neuman e Fawcett, 2011).

Esta comunidade de enfermeiros pode ser considerada, como na teoria dos sistemas, um sistema aberto que no seu todo organizado considera a soma de todas as partes e a sua reação aos stressores envolventes do ambiente que os rodeia. Para Neuman o conceito de ambiente é definido como todos os fatores internos, externos e criados que rodeiam e/ou interagem com o cliente numa perspetiva de saúde centrada na garantia de um *continuum* de bem-estar (Neuman e Fawcett, 2011).

O modelo de Neuman contempla ainda os seguintes conceitos (Neuman e Fawcett, 2011; George, J et al, 2004):

- estrutura básica do núcleo, que integra os recursos fisiológicos, psicológicos, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais;
- linhas de resistência que rodeiam a estrutura básica e que representam os fatores internos que ajudam a pessoa na defesa contra os agentes stressantes (ex: sistema imunitário);

Os Resultados das Intervenções de Enfermagem na Linha Saúde Pública

- linha normal de defesa, representa o estado de estabilidade da pessoa e funciona como padrão na apreciação de desvios (ex: estratégias de coping, estilo de vida, etc);
- linha flexível de defesa é barreira protetora dinâmica que evita que os agentes stressantes perpassem a linha de defesa do núcleo.

Como nos sistemas, existem linhas de resistência, que envolvem o enfermeiro e comunidade no seu todo organizado que podem confrontar-se com os stressores, sendo que as linhas mais externas, as de defesa, acabam por formar uma barreira protetora antes deste ser afetado.

Para Neuman os fatores de stress são estímulos de ação positivos ou negativos, na medida em que geram o caos ou maturação. As fases do stress são denominadas de alarme, resistência (através da qual a pessoa tenta atingir o equilíbrio/homeostase) e por último, a exaustão (surge quando na fase anterior não se recompõe o equilíbrio) (Tomey e Alligood, 2004).

Os stressores identificados no diagnóstico de situação são caracterizados por serem condições capazes de causar instabilidade (positiva ou negativa) na relação da comunidade de enfermeiros da LSP com o ambiente de trabalho e podem ser influenciados por diferentes variações socioculturais ou biológicas, desta relação pode resultar um ajustamento do ambiente à comunidade de enfermeiros ou *vice-versa* (Neuman e Fawcett, 2011), sendo que o objetivo principal é a estabilidade do sistema.

Neste modelo teórico são preconizados três níveis de prevenção a saber: prevenção primária, que ocorre antes do contacto com o stressor e visa fortalecer a linha flexível de defesa, a prevenção secundária, no qual se inscreve o diagnóstico precoce e o tratamento para fortalecimento das linhas de resistência e a prevenção terciária, que implica a redução do impacto do stressor e dos seus efeitos residuais, após o tratamento (Neuman e Fawcett, 2011; George, J et al, 2004).

O processo de adaptação ou procura da homeostase, através do qual o organismo satisfaz as suas necessidades, é dinâmico e contínuo podendo surgir doença caso o estado de desarmonia se prolongue por muito tempo (Tomey e Alligood, 2004).

Com o diagnóstico de situação realizado no estágio I procurámos, como enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária no estágio II, trabalhar a comunidade de forma a promover os seus processos de readaptação, formando e

potenciando a gestão dos recursos internos e externos da pessoa e comunidade (Neuman e Fawcett, 2011), pois “é possível o enfermeiro desenvolver um conjunto de reforços a essas defesas, pela educação, pelas mobilizações sociais por melhores condições de vida e trabalho. Deste modo, quanto mais elevado é o nível de vida da pessoa, mais apta ela estará para enfrentar os fatores de stress.” (Neuman e Fawcett, 2011, p.114),

Neuman define enfermagem como uma profissão única que atua em todas as variáveis que afetam as respostas da pessoa aos fatores de stress. O principal objetivo da enfermagem é prestar assistência à pessoa de modo a reter e obter a estabilidade do seu sistema, obtendo assim, um nível máximo de bem-estar. Para atingir esse bem-estar são realizadas intervenções intencionais, com vista à redução dos fatores de stress e condições adversas que podem afetar o excelente funcionamento, em qualquer situação que se encontra a pessoa (Neuman e Fawcett, 2011).

O diagnóstico de situação realizado, centrado na perceção dos enfermeiros sobre o seu exercício profissional, permitiu a identificação das necessidades dos profissionais, bem como, o conhecimento dos fatores inibidores, entendidos como dificuldades ou barreiras, bem como os fatores facilitadores, enquanto recursos de apoio ao seu desempenho (*vide* anexo n.º 1).

Assim sendo, este modelo de Betty Neuman enquadra o modo como as diferentes variáveis afetam os clientes no seu ambiente (Neuman e Fawcett, 2011) competindo ao enfermeiro especialista procurar o reequilíbrio dos indivíduos e das coletividades, tendo por referência, entre outros, indicadores epidemiológicos, padrões de qualidade e objetivos estratégicos (Jeremias e Rodrigues, 2010) de resposta aos novos contextos de trabalho e de empoderamento coletivo e comunitário.

Esta teórica permite-nos salientar a importância da influência das partes na homeostase do todo (pessoa/comunidade) concretizando-se no estágio II o princípio de que o equilíbrio da pessoa/comunidade fomenta equipas saudáveis, motivadas, empreendedoras com melhores resultados ao nível da qualidade dos cuidados.

2. DEFINIÇÃO DA PROBLEMÁTICA

Parece existir um interesse crescente sobre o modo como os diferentes países estão a dar resposta à crescente procura de serviços de saúde por parte das populações, sendo esse um propósito expresso na Resolução do Conselho de Ministros n.º 84/2005 de 27 de Abril ao dar ênfase à necessidade premente de determinar as novas necessidades em saúde, para as quais urge organizar respostas adequadas.

Aos gestores e prestadores de cuidados de saúde é-lhes exigido que, face à existência de recursos limitados, tome decisões precisas sobre que intervenções de saúde produzem realmente resultados aceitáveis na população (Califf, 2014).

A Enfermagem é reconhecida, mundialmente, como fundamental em qualquer sistema de saúde pois presta alguns dos serviços essenciais à manutenção do estado de saúde quer numa perspectiva curativa, de reabilitação ou de prevenção e promoção da saúde (Newhouse, et al., 2011), desempenhando um papel crucial e custo-efectivo na redução da mortalidade, morbilidade, incapacidade e dependência (World Health Organization, 2006).

Apesar das dificuldades metodológicas e das questões relacionadas com a dificuldade de definir com rigor a efectiva contribuição da enfermagem nos resultados em Saúde (Doran, 2011), os estudos de investigação sobre os resultados têm de continuar a ser realizados, de forma a que cada vez mais, as tomadas de decisão sobre que intervenção utilizar, sejam baseadas na melhor evidência disponível (Petitti, 2011; Califf, 2014).

A prática baseada na evidência tem vindo a ser promovida como reflexo da necessidade de aumentar a eficiência e qualidade dos serviços de saúde, bem como diminuir os custos operacionais do Sistema Nacional de Saúde (Califf, 2014). A Enfermagem baseada na evidência é definida como o uso consciencioso, explícito e criterioso de informação e conhecimento expresso em teorias, pesquisas para a tomada de decisão sobre o cuidado prestado a indivíduos ou grupos de doentes, tendo em consideração as suas necessidades e preferências (Polit e Beck, 2013).

Durante uma relação de cuidados desenvolvem-se inúmeras atividades que, ao serem documentadas e avaliadas, permitem aferir a sua efetividade; no entanto, no que diz

Os Resultados das Intervenções de Enfermagem na Linha Saúde Pública

respeito à Enfermagem não se tem estabelecido, de forma rigorosa, a relação entre a prestação de cuidados e a alteração ou os ganhos de saúde (Brett, 1989).

Sendo a Enfermagem responsável por diagnosticar e agir sobre as respostas humanas face a problemas presentes ou potenciais do indivíduo (Kleinpell et al, 2014), podemos perguntar qual é o grau de influência da mesma nos resultados de Saúde e que aspectos e intervenções de enfermagem têm realmente repercussões no estado de Saúde das populações.

Apesar da necessidade de se investir em investigação sobre resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem já ser discutida há muito tempo, a Conferência Europeia sobre Investigação em Enfermagem reforça, mais uma vez, esta questão, enunciando-a como uma das principais prioridades identificadas (Smith, 2003). Neste sentido, é crucial desenvolver-se, por exemplo, bases de dados a nível local e nacional com informação sobre os resultados de enfermagem que contemplem necessidades/diagnósticos e intervenções, de modo a que:

- se envolva cada vez mais a Enfermagem no Planeamento em Saúde, como frequentemente tem sido recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) desde 1989 (World Health Organization, 1989);
- se desenvolva uma enfermagem orientada para resultados, capaz de construir cientificamente a disciplina pois, ao dispor de um modelo de análise da efetividade dos cuidados, a Enfermagem desenvolve um conhecimento sólido de orientação das práticas que vai mais além da opinião de peritos (Sidani, 2003).

Assim, este relatório vem, por um lado, dar a conhecer o conhecimento formal que deve ser utilizado em prol daquilo que é o objetivo último da enfermagem: fazer com que os seus cuidados produzam resultados bem sucedidos, assim como identificar, na prática de cuidados, que resultados são passíveis de serem atribuídos às intervenções de enfermagem em contexto de atendimento telefónico e desta forma substituir/alterar as intervenções supérfluas, ineficientes e inefetivas, através de mudanças na organização dos cuidados e/ou através de formação contínua dos profissionais.

2.1.DIAGNÓSTICO DE COMUNIDADE

No âmbito da unidade curricular “Estágio”, do 4.º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Santarém, que decorreu durante nove semanas na LSP, realizou-se um “Diagnóstico da Situação de Saúde da População de Enfermeiros da LSP”, cujos principais resultados aqui se sistematizam (cf anexo n.º 1).

Caraterização Geral dos Enfermeiros da LSP

- a) 55,2 % tem entre 35 e 50 anos;
- b) 83,3% é do sexo feminino;
- c) 24,1% dos inquiridos tem o grau de mestre;
- d) 85% é especialista em Saúde Comunitária;
- e) 90% tem 5 ou mais anos de experiência profissional;
- f) 93,3% considera ter bom estado de saúde;
- g) 16,7 % tem doenças crónicas;

Identificação, por parte dos enfermeiros da LSP, dos Stressores:

Áreas de maior stress ou maior preocupação:

- a) Necessidade de Formação (96,6%);
- b) Necessidade de monitorizar/conhecer a satisfação do cidadão decorrentes da sua intervenção (80%);
- c) Necessidade de monitorizar/conhecer os resultados de saúde decorrentes da sua intervenção (66,7%);
- d) Necessidade de monitorizar/conhecer os custos decorrentes da sua intervenção (60%);

Padrões de estilos de vida

- a) Prática de desporto(66,7%);
- b) Alimentação saudável (93,3%);
- c) Hábitos tabágicos(10%);

Elementos antecipadores do futuro

- a) Considera que pode melhorar o seu desempenho com formação (96,6%);

- b) Considera que tem autonomia no exercício da sua atividade (100%);
- c) Considera que a medição dos resultado da intervenção de enfermagem é importante (100%).

Formulação compreensiva do diagnóstico de comunidade

1. Deficit de conhecimentos em áreas específicas da intervenção de enfermagem na LSP;
2. Défice de conhecimento sobre os resultados das intervenções de enfermagem;
3. Défice de conhecimento sobre o nível de satisfação dos clientes da linha LSP.

Assim sendo, apesar de no estágio de intervenção na comunidade as três temáticas supra identificadas, serem alvo de intervenção comunitária pelas discentes que realizaram o diagnóstico de comunidade, este relatório limita-se a apresentar os resultados decorrentes das intervenções havidas sobre o último domínio aqui descrito: “défice de conhecimento sobre os resultados das intervenções de enfermagem”.

2.2.CONTEXTUALIZAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE COMUNIDADE

Da revisão de literatura constatou-se que existem pelo menos três tipos de poder que os enfermeiros podem exercer e demonstrar ter, a saber: controlo sobre o conteúdo da prática, controlo sobre o contexto da prática e controlo sobre as competências. (Manojlovich, 2005)

No diagnóstico comunitário verificámos que uma das necessidades identificadas se enquadrava no maior controlo sobre o conteúdo das práticas uma vez que 96,6% dos enfermeiros relatou necessidades de formação. Um enfermeiro autónomo é um enfermeiro que controlo o conteúdo das suas práticas e age de acordo com a sua área disciplinar, conhecimento e juízo crítico (Laschinger et al., 1997).

Um outro domínio por nós identificado como importante, neste diagnóstico de comunidade, foi a necessidade identificada pelos enfermeiros da LSP em conhecerem o nível de satisfação dos seus clientes para com a intervenção de enfermagem. De acordo com alguns autores a monitorização da satisfação da satisfação dos doentes é um bom indicador do nível de controlo sobre as competências, que os enfermeiros evidenciam deter (Aiken et al, 1999; Palese, et al., 2013).

Relativamente ao controlo sobre o contexto das práticas verificou-se, igualmente, que, no diagnóstico da comunidade, a grande maioria dos enfermeiros reportou elevada preocupação em conhecer o impacto das suas intervenções de enfermagem sob a forma de resultados em saúde (66,7%) e aferição de custos (60%). De acordo com alguns autores este nível de poder é fundamental aos enfermeiros pois fá-los sentir envolvidos nos processos de decisão, permite-lhes exercer influência sobre decisores e ainda alcançarem mais e melhores resultados de saúde (Aiken et al, 2002; Aiken et al, 1999; Palese, et al., 2013).

O diagnóstico de comunidade em estudo: “Défice de conhecimento sobre os resultados das intervenções de enfermagem”, parece evidenciar, à luz da literatura consultada, um baixo controlo sobre o contexto da prática de enfermagem na LSP, ficando esta relação ainda mais clara aquando da triangulação de metodologias e observação dos resultados obtidos, pelas seguintes metodologias de identificação de necessidades:

- Entrevista inicial ao enfermeiro-coordenador da LSP sobre a atividade da LSP durante a qual se evidenciou no seu discurso direto o seguinte “ (...) a atividade dos enfermeiros da LSP poupa muito dinheiro ao Estado, mas ninguém sabe, ninguém mede, ninguém conhece (...)” (sic Sérgio Gomes).
- Questionário de diagnóstico de enfermagem na comunidade de enfermeiros LSP. Da análise de resultados verificou-se que 66,7% dos enfermeiros inquiridos consideram relevante a avaliação da sua atividade por aferição dos resultados em saúde alcançados e por aferição dos custos (60%);
- A participação no e-fórum, não originou como esperado, uma verdadeira discussão sobre os resultados obtidos no questionário de diagnóstico de enfermagem, no entanto permitiu recolher alguma informação sobre a forma de “sugestões”. Uma das sugestões enviadas dizia respeito ao maior envolvimento desta comunidade nas decisões estratégicas e políticas e de como essas intervenções a nível macro eram importantes para os próprios; outra sugestão mencionava a visibilidade das intervenções e a importância da avaliação do nível de “poupança” gerada pelas atividades dos enfermeiros da LSP ao evitarem idas desnecessárias aos serviços de urgência e ao médico de família.

3. NATUREZA DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

É reconhecido que qualquer intervenção em saúde exige o conhecimento prévio da realidade encontrada não só do ponto de vista epidemiológico, mas também do ponto de vista do nível de conhecimento, literacia, satisfação da comunidade para com os serviços, bem como conhecimento dos seus códigos, canais de comunicação já estabelecidos e nível de intervenção na vida política, social e ambiental (Loureiro e Miranda, 2010).

O estudo desta comunidade de enfermeiros da LSP bem como a participação direta nas atividades desenvolvidas contribuíram para a construção deste percurso reflexivo, que se iniciou com a seguinte pergunta de partida “Como se mede os resultados das intervenções de enfermagem da LSP?” e teve por base o diagnóstico de comunidade realizado no ensino clínico anterior “Défice de conhecimento sobre os resultados das intervenções de enfermagem”.

A temática que nos propomos trabalhar, apesar de poder ser considerada complexa, enquadra a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária numa dimensão dos cuidados onde a mediação da relação se faz através do atendimento telefónico. A intervenção de enfermagem, altamente diferenciada, de aconselhamento ou referenciação do cidadão no sistema de saúde permite por um lado estruturar respostas aos principais problemas de saúde emergentes bem como garantir aos profissionais de saúde o adequado suporte de boas práticas.

A atividade de enfermagem desenvolvida por esta comunidade, com recurso ao atendimento telefónico constitui-se um novo ramo da disciplina de enfermagem que, pela sua atuação de proximidade, pode vir a demonstrar como a literatura o enfatiza, inúmeras vantagens em termos de resultados de saúde e económico-financeiros (Holmström, 2007).

Por se considerar que numa comunidade, altamente diferenciada, como a de enfermagem, o saber é poder, é autonomia e segurança profissional e que, neste contexto em particular, o desenvolvimento crítico desta comunidade, através de um efetivo reconhecimento do impacte da sua atividade, são absolutamente necessários ao processo de mudança e transformação da sociedade (Mallory, 2011), definiu-se como principal estratégia de intervenção o “empoderamento” dos enfermeiros.

Os Resultados das Intervenções de Enfermagem na Linha Saúde Pública

No processo de “empowerment comunitário” e considerando o modelo sistémico da Betty Neuman, observa-se a presença de fatores distintos situados nos subsistemas intrapessoais, interpessoais e extrapessoais (Tomey e Alligood, 1999) que depois de devidamente compreendidos permitem ao enfermeiro intervir desenvolvendo a consciência crítica e a capacidade de intervenção da comunidade (Manojlovich, 2005).

Todas as intervenções realizadas na comunidade pretendiam, por um lado, ajudar os enfermeiros a compreenderem o seu meio social, económico, político, jurídico e cultural, fazendo com que tomassem consciência da existência de desequilíbrios, mas também do papel ativo que tinham na resolução destes, e por outro contribuir, ainda que de forma inicial, para a promoção de um ambiente capacitador da população de enfermeiros da LSP, tal como preconizado pela OMS ao reconhecer no empoderamento comunitário uma ferramenta de renegociação do “nível” de poder da comunidade, para que esta se torne mais inclusiva, cooperante, ganhe mais segurança, confiança e tenha um maior controlo e influência sobre terceiros (Community Development Exchange, 2008).

4. ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

A Linha Saúde Pública (LSP), oficialmente constituída a 20/03/2003, por despacho ministerial, tem na sua génese a reconversão da Linha Gripe, a funcionar como “Contact Center” desde 15.10.2001. Esta estratégia de reconversão da Linha Gripe na Linha LSP permitiu rentabilizar os recursos humanos e materiais disponíveis, bem como expandir a acessibilidade do cidadão aos profissionais da saúde através de um maior investimento na prevenção, promoção e educação para a saúde através do atendimento telefónico.

A LSP passou também a proporcionar informação técnico-científica atualizada aos profissionais de saúde do Serviço Nacional de Saúde (SNS), constituindo-se assim como uma rede de alerta perante fenómenos anómalos, bizarros, com implicações na saúde pública, em articulação com a Unidade de Emergência de Saúde Pública, da DGS

Esta estratégia integrada de acessibilidade dos cidadãos e profissionais de saúde à LSP pretende:

- promover o aconselhamento e encaminhamento do cidadão face a problemas de Saúde Pública específicos.
- disponibilizar informação validada aos cidadãos e aos profissionais do SNS;
- sensibilizar o cidadão para as questões da prevenção e da promoção da saúde;
- potenciar a participação dos cidadãos e da sociedade civil no sistema de saúde;
- adequar a oferta de cuidados de saúde.

Durante o ensino clínico foi evidente a importância da LSP no empoderamento do cidadão, na promoção de uma atitude pró-ativa relativamente à gestão da sua saúde e a da sua família e no assumir da responsabilidade pelas diferentes opções que elege, bem como na capacitação de outros profissionais de saúde sendo fundamental, se não mesmo vital, a fluidez dos canais de comunicação específicos com as Autoridades Regionais de Saúde, INEM, Proteção Civil e Unidade de Emergência de Saúde Pública.

A LSP é constituída atualmente por um coordenador nacional e 75 enfermeiros de atendimento, distribuídos pelas diferentes regiões de saúde (*vide* anexo n.º 2), dos quais 5 são enfermeiros coordenadores regionais.

Os Resultados das Intervenções de Enfermagem na Linha Saúde Pública

O Coordenador Regional é responsável por:

- Estabelecer articulação com as agentes de linha, a Coordenação da Linha da DGS e/ou responsáveis funcionais dos enfermeiros;
- Assegurar ligação operacional com representantes dos Conselhos de Administração;
- Elaborar horários mensais;
- Dinamizar processos que assegurem a funcionalidade da equipa de agentes de linha, proporcionando a formação e informação através de contatos pessoais e/ou reuniões de grupo;
- Planear e organizar a dinâmica da equipa de agentes de linha;
- Assegurar procedimentos de controlo do registo da assiduidade;
- Dinamizar processos de desenvolvimento de suportes de informativos e/ou de protocolos a utilizar na linha;
- Colaborar com a coordenação da Linha Saúde Pública da Direção-Geral da Saúde na definição dos protocolos de atuação e dos módulos de atendimento;
- Despistar e participar na resolução de situações de conflito.

O atendimento telefónico realizado pela LSP, das 8 horas às 24 horas, é assegurado por um enfermeiro especialista que, com recurso à utilização de entrevista telefónica padronizada, protocolos de atuação e manuais de apoio técnico-normativos, faz o seu diagnóstico de enfermagem e determina as intervenções para aquele cidadão em particular, que de forma voluntária, face à perceção de um problema de saúde, tem a iniciativa de contactar a LSP.

Para uma maior eficácia de atendimento e definição do âmbito de intervenção foram desenvolvidos módulos de atendimento dirigidos aos enfermeiros da LSP em áreas específicas de intervenção (*vidé* anexo n.º 3).

Todos os enfermeiros da LSP têm formação específica nos principais problemas de saúde emergentes bem como suporte tecnológico da central telefónica, telefones móveis, *software* de operacionalização do site da DGS para acesso à área reservada da Linha.

Nos últimos anos a LSP tem atendido em média cerca de 15 mil contatos telefónicos/ano com distribuição assimétrica nos diferentes meses do ano, registando-se no entanto alguma sazonalidade nos meses de março e junho. O motivo principal do contato

Os Resultados das Intervenções de Enfermagem na Linha Saúde Pública

em 2013 recaiu sobre as doenças infecciosas e parasitárias, as taxas moderadoras, a interrupção voluntária da gravidez, a saúde da mulher, a vacinação e a consulta do viajante.

Apesar de em 2013 a esmagadora maioria dos contatos telefónicos ter como intervenção de enfermagem o aconselhamento nas seguintes áreas:

- adequação de comportamentos;
- prevenção e contágio/ risco;
- alimentação e hidratação;
- adequação ao meio;
- vestuário adequado;
- protocolos de medicamentos;
- entre outros.

verificou-se que, em 2013, 37,5% dos contatos havidos necessitaram de encaminhamento, por parte dos enfermeiros da LSP, para o centro de saúde, o médico assistente ou o hospital.

Durante o ensino clínico foi possível ainda participar na dinamização do projeto “Enfermeiros Sentinela” junto dos enfermeiros da LSP de modo a que se reforce e incremente a atuação dos enfermeiros na gestão da vigilância epidemiológica.

Associado a este projeto existe um outro designado de “INFOFAMILIA” para avaliação da segurança alimentar e outras questões de saúde relacionadas com condições socioeconómicas, em agregados familiares portugueses. Periodicamente os enfermeiros da LSP são convidados a participar em ações de recolha de dados, por aplicação de inquéritos, junto dos cidadãos dos Centros de Saúde em que os enfermeiros da Linha Saúde Pública trabalham.

Para além das iniciativas descritas, durante o ensino clínico, foi possível ainda participar em várias reuniões de trabalho com a Unidade de Emergência de Saúde Pública, com os coordenadores regionais da LSP e com o INEM.

As estratégias de empoderamento da comunidade exigem a criação de espaços de partilha e confiança, através dos quais a comunidade, por análise crítica dos seus problemas, desconstrói a situação e participa ativamente na identificação das possíveis soluções (Mallory, 2011).

Assim sendo o planeamento de enfermagem então preconizado no projeto de intervenção (*vidé* anexo n.º 4) teve em consideração o modelo teórico de enfermagem de Betty Neuman, definindo-se para o diagnóstico de comunidade aqui apresentado, um conjunto de intervenções de enfermagem, aos diferentes níveis de intervenção.

Diagnóstico Comunitário: “Défice de conhecimento sobre os resultados das intervenções de enfermagem”, demonstrativo de um baixo controlo da comunidade de enfermeiros da LSP sobre o seu contexto de prática.

Resultado desejado: No final da intervenção comunitária pretendesse que os enfermeiros se sintam mais capacitados para agir sobre o seu contexto e influenciar os decisores naquilo que é a demonstração da sua efetividade na obtenção de melhores resultados de saúde e redução de custos no sistema de saúde.

Intervenções de Enfermagem: As intervenções de enfermagem definidas tiveram em consideração os objetivos específicos delineados sendo que as principais estratégias delineadas incorporaram a sensibilização e formação dos enfermeiros da LSP, a auscultação de peritos, a disponibilização de materiais de apoio e a construção de um sistema de monitorização das intervenções de enfermagem.

Uma das atividades em que mais ativamente participámos foi na preparação de uma formação de dois dias (22 e 23 de maio de 2014) que anualmente se proporciona aos enfermeiros da LSP para requalificação das suas competências e *upgrade* de conhecimentos (*vidé* anexo n.º 5).

Esta formação visava por um lado colmatar as necessidades de formação identificadas, no diagnóstico de situação, e por outro sensibilizar os enfermeiros para a importância da monitorização dos resultados da sua intervenção, uma das áreas igualmente identificadas como problema, durante o diagnóstico comunitário.

As intervenções implementadas no estágio II, promotoras de empoderamento comunitário dos enfermeiros da LSP, garantiram, como previsto na literatura (Labonté e Laverack, 2008), um processo interativo e contínuo (ex. reuniões de trabalho, formação, comunicação à distância, e-forum) capacitador e promotor de saúde, verificando-se na avaliação do plano de atividades um cumprimento de todos os objetivos definidos para o estágio na ordem dos 80-100% (*vidé* anexo n.º 6).

Os Resultados das Intervenções de Enfermagem na Linha Saúde Pública

A constatação formal, por questionário, de que 80% dos enfermeiros sentiam-se, no final do projeto de intervenção, mais capacitados para agir sobre o seu contexto e influenciar os decisores naquilo que é a demonstração da sua efetividade na obtenção de melhores resultados de saúde e redução de custos no sistema de saúde, só veio corroborar a pertinência das avaliações parcelares realizadas nas diferentes atividades.

A descrição metodológica de todos os processos utilizados, durante o estágio II, bem com os resultados obtidos é sistematizada nos capítulos seguintes.

5. MATERIAIS E MÉTODOS

Para a concretização do projeto de intervenção utilizaram-se as seguintes metodologias, que aqui agora se descrevem. Como cada uma delas tem um conjunto de perspectivas que fornecem uma matriz de interpretação dos fenómenos (paradigma) diferente (Bowling, 2000), importa explicar a pertinência da sua seleção.

5.1. REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA

Atualmente, o decisor confronta-se diariamente com uma quase inesgotável quantidade de informação disponível que, em vez de o auxiliar na sua tomada de decisão, pode bloqueá-lo (Califf, 2014). As revisões sistemáticas de literatura são um elo privilegiado de ligação entre a melhor evidência disponível e a prática dos cuidados, fundamental a qualquer intervenção de enfermagem que se queira baseada na evidência.

A revisão sistemática da literatura é um estudo observacional, na medida em que não envolve qualquer tipo de intervenção por parte do investigador, retrospectivo, dado que os estudos são identificados após terem sido finalizados ou relatados e descritivo, uma vez que não testa hipóteses mas antes descreve as evidências existentes (Last, 2001).

A revisão sistemática é uma técnica científica objetiva, eficiente e reprodutível, que permite extrapolar resultados de estudos independentes, avaliando a consistência de cada um deles e explicar as eventuais inconsistências e conflitos. Além disso, é uma técnica que aumenta a acuidade dos resultados, melhorando a precisão das estimativas de efeito de uma determinada intervenção clínica .

O desenvolvimento de revisões sistemáticas da literatura em enfermagem permite a construção de um corpo de conhecimento próprio, propicia a melhoria da qualidade da prestação de cuidados de enfermagem sedimentada no melhor conhecimento científico disponível assim como, favorece a cultura profissional e organizacional de procura de soluções para problemas similares, vivenciados no quotidiano, em literatura disponível.

Neste relatório a pergunta de partida para a revisão sistemática da literatura: *“Como são monitorizadas as intervenções de enfermagem, no âmbito dos centros de atendimento telefónico?”*, foi desconstruída nos diferentes domínios PICOD com o objetivo de clarificar âmbito da revisão.

Tabela 1: Pergunta PICO

FORMULAÇÃO DA PERGUNTA PICO		
P	Participantes	(P1) Utilizadores de um atendimento telefónico de enfermagem; Pessoa adulta e idosa (P2) Enfermeiros
I	Intervenções	Intervenções de enfermagem desenvolvidas por atendimento telefónico
C	Comparações	Não aplicável
O	Outcomes	Satisfação dos utilizadores, adesão, custos, entre outros
D	Desenho estudo	do (D1) Estudos de investigação de abordagem quantitativa e qualitativa. (D2) Estudos primários

Com o objetivo de inventariar a produção científica relacionada com a pergunta de partida fez-se exploração temática da respetiva terminologia MeSH nas bases de dados EBSCOhos e PubMed através de Medline. Para adequar a pesquisa de literatura aos objetivos propostos, para além dos descritores MeSH: “Hotlines” e “Triage” foram ainda utilizadas as palavras-chave: “Nursing” e “Call-Center”.

Os descritores utilizados têm em anexo a sua definição e tradução de acordo com os DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) da BIREME (Biblioteca Virtual em Saúde, 2014) (*vidé* anexo n.º 7).

A pesquisa em ambas as bases de dados documentais foi realizada, em novembro de 2013, sem horizonte temporal definido nem limitação quanto à tipologia de artigo/estudos pois o número de artigos sobre esta temática demonstrou ser muito reduzido.

Os limitadores da pesquisa utilizados foram os seguintes:

- Língua Inglesa
- Disponibilidade do artigo em “Full Text”
- Humano

A pesquisa inicial de dados identificou 92 artigos no entanto, depois de se eliminarem os artigos que não tinham garantida a acessibilidade a “texto completo” e que estavam duplicados em ambas as bases de dados, foram incluídos na primeira análise (leitura de resumos) 35 artigos (*vidé* anexo n.º 8: Árvore de decisão da seleção de artigos).

Aquando da leitura dos resumos foram verificados os seguintes critérios de inclusão e exclusão.

Critério de inclusão:

- Ser artigo sobre intervenções de enfermagem desenvolvidas no âmbito da atividade do centro de atendimento telefónico;
- Ter incluído no resumo a menção à aferição de custos das intervenções de enfermagem por atendimento telefónico.

Critérios de exclusão:

- O artigo não mencionar intervenções de enfermagem;
- A tipologia de documento ser do tipo “editorial” ou “artigo de opinião”.

Os quatro artigos incluídos para análise e discussão foram extraídos, categorizados e os resultados inscritos numa base de dados “Excell”, diretamente pelo primeiro autor, ficando a revisão da inclusão de artigos assegurada por um segundo investigador, sendo todas as dúvidas resolvidas em discussão de consenso.

5.2. ANÁLISE DE CONTEXTO

Durante o estágio II analisou-se a prática dos cuidados de enfermagem na LSP e identificou-se os principais focos de atenção (domínios) e indicadores de monitorização da prática de enfermagem.

Os estudos de enfermagem centrados em investigação sobre resultados têm sido amplamente criticados por serem considerados de natureza “atheoretical”; no entanto a única forma de se testar e melhorar a teoria é, através da investigação, testar as hipóteses teorizadas, procurando regularidades nos resultados que podem ser atribuídos à enfermagem (Tourangeau, 2005). A avaliação da efetividade das intervenções de enfermagem deverá assumir, na prática de enfermagem, o seu principal estatuto de orientador, redefinidor e promotor das práticas.

Petitti, menciona que resultado (outcome) deve ser entendido como a mudança favorável ou adversa do atual ou potencial estado de saúde da pessoa, grupo ou comunidade que, pode ser atribuída a uma intervenção clínica (Petitti, 2011). Assim, a investigação sobre resultados (outcomes research) é uma forma de medir a efetividade da atuação/cuidado, nas condições reais de trabalho do dia-a-dia e não em condições ideais ou de laboratório (Agency for Healthcare Research and Quality, 2000; Last, 2001).

Para alguns autores os estudos de caso sobre resultado, ricos em profundidade e baseados na realidade das práticas, podem gerar evidência de elevada qualidade e do maior

valor e interesse para os enfermeiros (Palese, et al., 2013) e para os decisores políticos (Petitti, 2011).

5.2.1. Auscultação de Peritos

A auscultação de peritos é um mecanismo de consulta rápida, flexível e económica uma vez que reúne, num único trabalho de grupo, um conjunto de especialistas independentes e reconhecidos pelos pares, capazes de sistematizar e apreciar a informação recolhida de diversas fontes produzindo assim um juízo final (Ritchie et al, 2013).

Esta apreciação crítica, no caso particular deste relatório, permitiu a definição consensual de uma lista de resultados passíveis de monitorizar a atividade de enfermagem na LSP, que posteriormente é apresentada a um painel delphi.

De seguida apresenta-se um resumo das atividades desenvolvidas:

- Identificação dos peritos com o Coordenador Nacional da LSP;
- Realização do primeiro contato para apresentação do projeto, objetivos e período temporal de implementação (de 30 de abril a 5 de maio de 2014);
- Partilha de documentos na área reservada e por correio eletrónico;
- Distribuição do documento mártir (*vidé* anexo n.º9) para auscultação dos 6 peritos (5 coordenadores regionais e o coordenador nacional);
- Discussão das áreas de monitorização e indicadores;
- Elaboração de relatório de síntese das principais conclusões obtidas nesta auscultação de peritos, validado por todos os intervenientes a 9 de maio (*vidé* anexos n.º 10 e 11).

Neste processo de auscultação os peritos foram convidados a eliminar ou corrigir a proposta de resultados monitorizáveis em LSP, inicialmente apresentados, bem como a incorporar novas propostas. Uma mais-valia desta metodologia é permitir que as conclusões sejam resultado de uma triangulação de dados qualitativos e quantitativos, mesmo se estes estiverem incompletos, gozando assim as conclusões um elevado grau de credibilidade junto dos pares (Ritchie et al, 2013), pois reconhecem que os peritos têm liberdade para adaptar os documentos teóricos à sua realidade.

Depois de consensualizado, através do painel de peritos, o documento com os resultados monitorizáveis no âmbito da LSP foi submetido ao escrutínio dos pares: enfermeiros da LSP, através do método Delphi.

O método Delphi é um processo estruturado de recolha e síntese de conhecimentos de um grupo de especialistas, por meio da aplicação de questionários acompanhados de um feedback organizado de opiniões, permitindo ainda, de forma anónima, gerar consensos. (Akins et al, 2005).

O questionário que se submeteu aos enfermeiros da LSP (*vide* anexo n.º 12) apresentava 10 domínios de análise e 15 indicadores para apreciação, naquilo que seria o nível de concordância para com os mesmos, através de uma escala de *linkert* (1-5).

Como recomendado na literatura internacional (McGinnis et al 2010) definiu-se previamente o nível de consenso a utilizar: os resultados/indicadores com um *score* médio igual ou superior a 4 eram considerados consensualizados pelo grupo de enfermeiros da LSP se atingissem um nível de consenso de 75%.

A primeira ronda do Delphi decorreu *online* e envolveu os 75 enfermeiros da LSP.

A segunda ronda decorreu em contexto presencial, tendo-se verificado uma mortalidade de participantes de cerca 28%, uma vez que só estiveram presentes 55 enfermeiros da LSP.

A terceira ronda permitiu a consensualização dos resultados obtidos e a decisão de finalização do processo por todos os envolvidos no processo.

As iniciativas desenvolvidas no âmbito do processo de consulta são apresentadas num fluxograma do processo Delphi que consta do anexo n.º 13).

5.3.LIMITAÇÕES DAS METODOLOGIAS

A principal limitação inerente a metodologia de revisão sistemática da literatura remete-se para o fato de ser um estudo secundário com limitações ao nível da generalização dos resultados (Bartolucc e Hillegass, 2010). Por outro lado os estudos integrados nas revisões sistemáticas da literatura podem apresentar elevada heterogeneidade metodológica ou clínica, com potenciais vieses inerentes ao delineamento do estudo e análise dos resultados, nem sempre bem documentados (Bartolucc e Hillegass, 2010).

Nesta revisão em particular, apesar de se reconhecer que para captar a complexidade da intervenção de enfermagem se deve incluir estudos com diferentes metodologias e que a classificação e hierarquização da evidência, como ela é concebida do

ponto de vista epidemiológico, considera como “gold standard” os estudos randomizados controlados, desvalorizando progressivamente, na sua escala de classificação, o poder das outras metodologias e desenhos de estudo, optamos por não condicionar nos critérios de inclusão a primazia de estudos experimentais pois, para alguns autores como Spilsbury (2001) e Petticrew (2003) a evidência de estudos randomizados e controlados nem sempre está disponível e nem sempre é a mais apropriada quando se pretende descrever atividades complexas de enfermagem.

No tocante a análise de contexto podemos verificar na literatura que a principal limitação se inscreve no fato destes estudos serem descritivos de um número restrito de situações analisadas em profundidade (Gauthier, 2003); deste modo, só com muita cautela se pode tentar extrapolar ou generalizar os resultados para o universo de casos, pois o caso estudado pode não ser representativo do universo.

A análise de contexto envolve a observação em profundidade de um fenómeno, em contexto real, numa multiplicidade de perspetivas, normalmente provenientes de diferentes métodos de recolha de dados (Ritchie et al, 2013).

No caso particular do presente relatório, as metodologias predominantes para a recolha de dados foram a consulta de peritos, em painel de peritos e por delphi, existindo em ambas as metodologias algumas limitações que importa referenciar.

O painel de peritos exige que na sua constituição o grupo tenha especialistas com grande experiência na área em estudo de forma a que não sejam postas em causa as suas apreciações (Ritchie et al, 2013), premissa esta garantida, no presente relatório, através da seleção de enfermeiros especialistas coordenares regionais da LSP e da inclusão do coordenador nacional.

Outra das limitações desta metodologia de auscultação de peritos é a convergência de opiniões tendo em conta a maioria (Ritchie et al, 2013). Para que os pontos de vista da minoria não fossem menosprezados, incluímos todos os aportes recebidos pelos peritos e submetemos as conclusões a avaliação final do painel (cf. anexos n.º 10 e 11)

Relativamente ao método Delphi as principais limitações descritas na literatura são relativas a seleção dos participantes (tipo e número) e ao critério de consenso (Akins et al, 2005). Para ultrapassar estas limitações nesta metodologia em particular foi desenvolvido um *delphi* com todos os enfermeiros da LSP e definindo, antes do início do questionário, o nível de consenso a considerar.

6. CONSIDERAÇÕES ÉTICO-LEGAIS E CONFLITOS DE INTERESSE

De modo a garantir a idoneidade e correção do presente relatório serão tidos em conta os seguintes aspetos ético-legais para cada uma das metodologias preconizadas.

6.1. REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA

Autoria, direitos de autor e agradecimentos

Todos os autores cujos textos contribuírem para o presente relatório serão referenciados. Da mesma forma todos os que colaborarem para a realização do relatório e que não sejam diretamente autores, ser-lhes-á reconhecida a participação e feitos os devidos agradecimentos.

Participação no processo de revisão do protocolo, acompanhamento e resultados finais do relatório

Será verificada a não existência de conflitos de interesse de todos os participantes e revisores no que diz respeito ao tema do relatório.

Objetividade e integridade

Será mantida a objetividade da revisão sistemática da literatura através da elaboração de um protocolo detalhado e descrição exaustiva dos procedimentos adotados.

Sempre que os conhecimentos do investigador fiquem aquém dos necessários para o desenvolvimento da investigação será procurado apoio junto de investigadores mais experientes.

6.2. ANÁLISE DE CONTEXTO

A investigação é, em nossa opinião, uma ferramenta imprescindível à prática fundamentada na evidência, contribuindo assim para o progresso, construção e desenvolvimento da profissão. No entanto, este instrumento de enriquecimento do conhecimento não pode ser usado sem que se cumpram quatro princípios morais do respeito pela autonomia, não maleficência, beneficência e justiça. Assim, para a concretização deste relatório de caso solicitámos a autorização à LSP para poder ter acesso aos documentos necessários, ficando garantido também que os dados obtidos não serão utilizados para outros fins que não sejam os da investigação.

7. RESULTADOS

7.1. REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

O desenvolvimento de revisões sistemáticas da literatura em enfermagem permitem a construção de um corpo de conhecimento próprio, propicia a melhoria da qualidade da prestação de cuidados de enfermagem sedimentada no melhor conhecimento científico disponível assim como favorece a cultura profissional e organizacional de procura de soluções para problemas similares, vivenciados no quotidiano, em literatura disponível (Galvão, 2002).

Através da presente exaustiva pesquisa bibliográfica, com a avaliação da qualidade da evidência disponível, pretende-se de uma forma sistemática transformar a informação dispersa em conhecimento útil à prática de enfermagem, apresentado-se no anexo n.º 15, um resumo dos resultados dos quatro artigos seleccionados, de acordo com o protocolo descrito no capítulo 5.1.

Do estudo bibliométrico realizado constatou-se que a totalidade dos artigos (n=4) são estudos de caso publicados pelos EUA, com a exceção de um único artigo publicado pela Suécia. Por outro lado metade dos artigos (n=2) são publicados em revistas científicas de enfermagem sendo a outra metade publicada em revistas científicas de abordagem multidisciplinar. A descrição mais detalhada de informação bibliométrica encontra-se disponível no anexo n.º 14.

A totalidade dos artigos são estudos primários e apresentam uma metodologia de investigação descritiva, quantitativa centrada nas seguintes temáticas principais: satisfação dos utilizadores/monitorização da qualidade da intervenção e avaliação dos resultados finais da intervenção com apreciação dos custos.

A avaliação da qualidade da evidência foi aferida através da classificação do tipo de estudo de investigação (Mausner e Kramer, 2004). Nesta revisão sistemática da literatura os quatro artigos seleccionados são estudos de caso (cf. anexo n.º 15: Quadro Resumo de Resultados) o que de acordo Hoffmann e colaboradores corresponde a um nível de evidência IV (Hoffmann, Bennett, e Del Mar, 2010).

Satisfação dos utilizadores

A qualidade da prestação de cuidados de saúde pode ser aferida, por exemplo, através da monitorização da satisfação dos clientes e da sua intensão de voltar a utilizar/recomendar o serviço, sendo este nível de satisfação por si, um indicador de efetividade da intervenção de enfermagem. No estudo de Cariello ficou patente que apesar da apreciação global da qualidade do atendimento telefónico de enfermagem ser elevada (6.42 numa escala de 1-7) dever-se-ia ainda considerar a disposição dos utilizadores para voltar a contatar o serviço, que neste relatório revelou-se igualmente elevada (99%), pois eram o garante da sustentabilidade da iniciativa e da fidelização dos utilizadores (Cariello, 2003).

No estudo de Spaulding e colaboradores ficou evidente que os doentes que completaram todo o protocolo de enfermagem se encontravam mais satisfeitos com o atendimento de enfermagem (91%) do que aqueles que não o fizeram (50%) da mesma forma a maioria dos doentes do primeiro grupo (89%) considerou o serviço muito útil face aos 50% de doentes que não cumpriram o protocolo de enfermagem. Apesar dos dados deste estudo serem pouco representativos eles são similares a outros estudos sobre a temática (Spaulding, et al., 2013).

A avaliação da satisfação do doente, para com o atendimento telefónico de enfermagem, pode ser apreciada em diferentes dimensões de análise (qualidade técnica, relacionamento interpessoal, capacidade de resposta, confiança, entre outros) como nos demonstram os estudos de Greenberg e Cariello (Greenberg, 2000; Cariello, 2003).

No estudo Greenberg verifica-se que os utilizadores, do atendimento telefónico de enfermagem, estão mais satisfeitos com a qualidade técnica do serviço (89% dos utilizadores considerou que as suas necessidades foram totalmente satisfeitas) do que com a qualidade da relação interpessoal estabelecida (86%), no entanto a pontuação média da população inquirida é bastante elevada, para ambas as dimensões, a saber 8.2 (componente técnica) e 8.3 (componente interpessoal) numa escala de avaliação de 1 a 9 (Greenberg, 2000).

O mesmo fato se verificou no estudo de Cariello onde várias dimensões foram consideradas na análise da satisfação dos utilizadores, como sejam a empatia, a confiança, a capacidade de ajuda e resposta, verificando-se mais uma vez uma maior ponderação da componente técnica relacionada com a “responsiveness” (tradução livre do autor para capacidade de resposta) em detrimento de outras, igualmente bem

pontuadas, relacionadas com a empatia e segurança cujas ponderações médias foram respetivamente 6.71, 6.65 e 6.47, numa escala de avaliação de 1-7 (Cariello, 2003).

Apreciação de custos

O estudo de Marklund e colaboradores estima que o atendimento telefónico de enfermagem consegue poupar, no orçamento da saúde, cerca de 1 milhão de euros/50.000hab, pois o aconselhamento de enfermagem reduziu o número de visitas aos cuidados de saúde primários em 56,1% o que gerou uma poupança de €7800, do mesmo modo evitou a despesa de 12 admissões no serviço de urgência (€3.000). Por outro lado a adequada referenciação dos doentes para o nível de cuidados mais ajustado às suas reais necessidades (decisão entre admissão no serviço de urgência ou cuidados de saúde primários) resultou numa efetiva poupança de €3900. (Marklund et al, 2007)

Do mesmo modo as projeções elaboradas por Greenberg apontam para uma poupança de \$116.328/ano para 4.000 habitantes, não tendo o autor aferido os custos inerentes à não utilização de 789 consultas médicas hospitalares/cuidados de saúde primários (Greenberg, 2000).

Se convertermos todos os custos para euros concluímos, da análise de ambos estudos, que a poupança estimada com o atendimento telefónico de enfermagem é similar, cerca de 20.000 €/mil habitantes.

De fato o custo com um atendimento telefónico de enfermagem de saúde pública foi estimado, por de Spaulding e colaboradores (2013), em \$ 12,09/chamada, valor este substancialmente mais baixo do que o custo de uma admissão num serviço de emergência, urgência ou consulta médica nos EUA que oscila entre \$876-192/doente (Spaulding, et al., 2013) o que de alguma forma justifica o impacto financeiro no sistema de saúde, estimado por Cariello (20013), em menos 38,6% quando comparados os custos reais, do atendimento telefónico de enfermagem, com os potenciais (se o utilizador não tivesse contactado com o serviço enfermagem) (Cariello, 2003).

Intervenção de enfermagem

No atendimento telefónico de enfermagem a comunicação assume um papel relevante em toda a relação terapêutica. Para além da evidente comunicação oral, que se deseja ser eficaz, o enfermeiro dever-se-á preocupar, igualmente, com a comunicação escrita pois, em processos de auditoria e monitorização da qualidade do serviço se a documentação de enfermagem é de boa qualidade, como evidenciado em 99% dos casos

estudados por Marklund e colaboradores, os avaliadores externos conseguem ter uma correta interpretação da situação clínica bem como da adequabilidade da resposta dada (Marklund et al 2007).

Assim, uma das intervenções mais importantes a considerar no atendimento telefónico de enfermagem é a consistência da informação recolhida no processo de enfermagem sob pena de, na sua ausência ou deficiente qualidade, todo o processo de diagnóstico de situação, desenho de intervenções e efetiva adesão, por parte do doente, poder ficar comprometido.

Apesar de considerarmos que as várias intervenções de enfermagem, durante o atendimento telefónico, são determinantes da adesão dos doentes ao aconselhamento/referenciação, é com satisfação que se verifica que, nos estudos de Marklund e colaboradores (2007), a totalidade dos doentes aderiram ao aconselhamento de enfermagem (Marklund et al 2007) do mesmo modo que se verifica no estudo de Greenberg (2000) uma elevada taxa de adesão (88%) (Greenberg, 2000).

No entanto os estudos de Marklund e colaboradores (2007) vêm demonstrar que a adesão por parte dos doentes e família é superior quando o enfermeiro referencia o caso para um serviço de prestação de cuidados (91% dos casos) do que quando aconselha um auto-cuidado (adesão de cerca de 81% dos casos) (Marklund et al 2007).

De qualquer forma Greenberg (2000), no seu estudo, vem demonstrar que somente 67% dos utilizadores, do atendimento telefonico de enfermagem, procuram realmente aconselhamento de enfermagem, esclarecimentos ou informações (Greenberg, 2000) sendo evidenciado ainda por Marklund e colaboradores que grande parte do trabalho de atendimento telefónico de enfermagem, se inscreve na readequação da intensão de utilização de serviços por parte dos doentes e familia (Marklund et al 2007).

De fato com o estudo de Cariello (2003), verificámos que a referenciação/orientação de doentes no sistema de saúde, por atendimento telefónico de enfermagem, gera uma maior satisfação das reais necessidades dos doentes e famílias com menores custos para o sistema de saúde (Cariello, 2003) sendo esse fato, por si só, uma grande mais valia.

7.2. ANÁLISE DE CONTEXTO

7.2.1. Painel de peritos

De 30 de abril a 9 de maio decorreu a consulta de seis peritos para apreciação de um documento mártir elaborado (cf. anexo nº 9) tendo por base a revisão sistemática da literatura e a consulta de alguma *grey literature* da Ordem dos Enfermeiros sobre indicadores de enfermagem. Estes resultados de monitorização das intervenções de enfermagem que estavam definidos, pela Ordem dos Enfermeiros, para o *setting* de Cuidados de Saúde Primários foram adaptados às áreas de intervenção preconizadas pela LSP.

Durante o período de discussão e análise (de 30 de abril a 5 de maio) foram eliminados os indicadores extraídos e adaptados do “Resumo Mínimo de Dados e Core de indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde” da Ordem dos Enfermeiros (2007) por três ordens de razão (cf. anexo n.º 11):

- os indicadores em causa nesse grupo já estavam representados nos outros grupos;
- os indicadores propostos eram epidemiológicos e não de resultado;
- os indicadores não são pertinentes no âmbito da atividade da LSP.

Durante o mencionado período de discussão foram ainda propostos e aceites mais seis novos indicadores a saber:

- Custo das intervenções do enfermeiro da LSP durante um período de tempo/ Total de Indivíduos atendidos no mesmo período de tempo.
- Custo das intervenções do enfermeiro da LSP durante um período de tempo/Custo da intervenção de enfermeiro no serviço de saúde X no mesmo período de tempo.
- Total de indivíduos que mencionam ter recorrido a outro tipo de aconselhamento/total indivíduos auscultados.
- Total de indivíduos satisfeitos com o encaminhamento/total indivíduos auscultados.
- Total de indivíduos satisfeitos com o diagnóstico de enfermagem (ou avaliação) formulado pelo enfermeiro da LSP/total indivíduos auscultados.
- N.º. de indivíduos que ligaram por contração de emergência e tiveram ganhos em conhecimento sobre planeamento familiar/Nº total de indivíduos que contatam a LSP sobre contração de emergência.

Foi ainda sugerido pelo grupo de peritos que o indicador “Ganhos de Conhecimento” possa ser avaliado globalmente e/ou desdobrado em avaliações parciais por áreas de atuação da LSP. Assim, numa análise amostral temática podemos aferir os ganhos de conhecimento obtidos em temas como a vacinação, doenças, contraceção, amamentação e alimentação infantil, Interrupção voluntária da gravidez (IVG), orientação no SNS, entre outros.

A lista final com as 10 tipologias de resultado e respetivos indicadores (n= 15) foi validada a 9 de maio de 2014 por todos os peritos consultados sendo posteriormente submetida à apreciação crítica de todos os enfermeiros da LSP, pelo método delphi (cf. anexo nº 11).

7.2.2. Painei Delphi

A lista de domínios de observação e respetivos indicadores, definida pelo grupo de peritos, foi submetida à apreciação crítica dos enfermeiros da LSP em três rondas distintas.

A primeira ronda decorreu em ambiente *web*, através do preenchimento do questionário *online*. O questionário foi construído na aplicação *SurveyMonkey*® e a disponibilização do *link* de acesso a todos os enfermeiros da LSP foi automaticamente enviada para os respetivos endereços de correio eletrónico.

A primeira página da aplicação explicava os objetivos da recolha de dados sendo a sua aceitação o mecanismo de validação do consentimento informado (*vidé* anexo n.º 12).

Relativamente aos principais resultados obtidos nesta primeira ronda verificou-se que os indicadores constantes nos domínios:

- Satisfação;
- Ganhos de conhecimento;
- Adequabilidade do encaminhamento.

obtiveram uma concordância maior ou igual a 4, numa escala de *Linkert* de 1-5, por pelo menos 75% dos enfermeiros da LSP (*vidé* anexo n.º 16, tabela 1).

A segunda ronda foi feita presencialmente, para evitar o elevado número de não respostas verificado na ronda 1 de cerca de 17 %. Esta estratégia permitiu, por um lado,

baixar o n.º de não respostas para um valor médio quase residual (1%), no entanto condicionou a mortalidade de participantes em cerca de 27%.

Nesta segunda ronda todos os restantes domínios foram incorporados, com exceção do domínio “utilização de serviços”.

No domínio “ponderação de custos ou impacte financeiro” o único indicador não incluído foi “Custo das intervenções do enfermeiro da LSP durante um período de tempo/Custo da intervenção de enfermeiro no serviço de saúde X no mesmo período de tempo” (*vide* anexo n.º 16, tabela 2).

A terceira ronda decorreu, igualmente, em contexto presencial tendo sido apresentado os indicadores selecionados. Como em todo este processo somente dois indicadores foram excluídos foi questionado o grupo se pretendiam preencher novamente o questionário ou se concordavam com o resultado obtido, tendo sido unânime a decisão de não incluir os restantes dois indicadores, terminando-se assim o processo de consulta (*vide* anexo n.º 16, tabela 3).

7.2.3. Sistema de Monitorização das Intervenções de Enfermagem

Como nos recomenda *Petitti* a evidência deve auxiliar a política, no entanto a tomada de decisão não deve ser capturada ou, indiscriminadamente, determina pela mesma (*Petitti*, 2011). Assim sendo, tendo em consideração os domínios de observação e os indicadores de medida selecionados no final do processo de consulta construiu-se uma matriz de análise e acompanhamento das intervenções de enfermagem na LSP, que melhor se deixou à consideração do Coordenador da Linha.

O sistema de monitorização (*vide* anexo n.º 17) é constituído por “Bilhetes de Identidade” (BI) então construídos para cada indicador, permitindo assim ao decisor total liberdade na escolha dos indicadores-chave a monitorizar em cada período de análise. Este sistema permite, assim, que se possa dar maior enfoque em áreas críticas como sejam as questões relacionadas com as doenças infeto-contagiosas em determinados períodos de crise e fazer uma avaliação imediata da atuação da LSP.

Este sistema de monitorização apresenta ainda uma tabela com a síntese alguns parametros de monitorização, as intervenções necessárias para a adequada recolha de dados, bem como as fórmulas de cálculo, periodicidade e definições, de entre outras informações de garantia e controlo da qualidade do processo de monitorização.

8. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

8.1.SISTEMA DE MONITORIZAÇÃO

Um dos maiores desafios da indústria de serviços de saúde é assegurar uma prestação de cuidados de qualidade no entanto, diferentes estudos têm demonstrado que em contexto hospitalar, pelo menos 40% dos doentes não recebe cuidados de saúde de qualidade (McGlynn et al, 2003).

As estratégias para implementar as melhores práticas, baseadas na evidência, têm-se centrado no aumento de conhecimentos e melhoria das atitudes e comportamento dos profissionais de saúde. Alguns exemplos destas estratégias, como sejam as formações em serviço, as discussões de casos clínicos, as reuniões de reflexão sobre as práticas, têm representado uma eficácia de 10%, na efetiva mudança das práticas, pois a maioria dos resultados sensíveis às intervenções de enfermagem não dependem só do desempenho do sujeito prestador mas também da forma como funcionam as equipas (Wensing et al, 2006).

Na comunidade de enfermeiros da LSP, onde estivemos a intervir, o diagnóstico de enfermagem inicial revelou défice de conhecimento sobre as práticas e resultados das intervenções desta equipa.

Apesar do presente relatório evidenciar, pela revisão da literatura, que o atendimento telefónico de enfermagem, gera maiores níveis de satisfação das reais necessidades dos utilizadores, com menores custos monetários para o sistema de saúde, como já defendido por outros autores (Ledlow et al, 2009), quando se tentou em contexto de prática clínica desenvolver um sistema de monitorização das práticas de enfermagem na LSP, que de alguma forma expressasse esse conhecimento já descrito na literatura, deparamo-nos com a dificuldade de isolar a atuação de enfermagem.

De acordo com (Palese, et al., 2013), a efetividade de uma intervenção específica de enfermagem demonstra a extensão que cada resultado pré-definido pode atingir através dessa atividade, no entanto esta avaliação dos cuidados não pode considerar variáveis isoladas de todo um contexto, ignorando a filosofia/cultura do serviço de enfermagem, a estrutura organizacional, a forma de organização dos cuidados, o tipo de

recursos/equipamento, ou ainda as características do doente/necessidades, tipo de financiamento da unidade, satisfação profissional, entre outros.

Os resultados de enfermagem são uma combinação de diferentes forças (individuais, ambientais e profissionais) e o produto de um conjunto de ações (fatores de processo), como sejam, por exemplo, os diagnósticos e registos de enfermagem e o tipo de intervenção de enfermagem utilizada (Hickam, et al., 2003) que de alguma forma permitem ao investigador uma aproximação mais realista às intervenções que realmente fazem a diferença e são preditivas de um bom resultado.

Neste contexto particular da LSP, onde a intervenção enfermagem se efetiva por atendimento telefónico, a qualidade da comunicação dos enfermeiros influencia fortemente o nível de adesão dos doentes às recomendações de enfermagem (Purc-Stephenson e Thrasher, 2012; Ledlow et al, 2009) sendo também a qualidade da documentação escrita de enfermagem um importante determinante dos resultados dos doentes (Ledlow et al, 2009).

Assim sendo, os resultados do presente relatório, tentando extrair em contexto de auscultação de peritos as premissas anteriormente defendidas na literatura (importância da comunicação escrita e oral), evidenciam a importância dos domínios da efetividade da intervenção de enfermagem relacionadas com a adesão ao aconselhamento de enfermagem, ganhos de conhecimento, nível de confiança nos serviços e a satisfação dos utilizadores.

Os doentes por serem atores diretos e experimentados dos cuidados de enfermagem começam hoje, mais do que nunca, a serem considerados como parte integrante do processo de cuidados e como “peritos” da sua própria doença (Bickerstaffe, 2013). A sua voz começa a ecoar mais alto e os profissionais de saúde começam a aperceber-se que, de fato, os seus clientes poderão transmitir informações úteis, considerações plausíveis (Rodrigues, 2009), dignas de respeito e de um olhar/escutar mais atento. Se entendermos a satisfação dos clientes como uma medida de qualidade e efetividade da intervenção de enfermagem tudo pode assumir outras proporções, pois essa premissa passa a refletir nossa capacidade técnica, científica, empática e relacional (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Ficou bem patente neste relatório, a importância dada pelos enfermeiros da LSP aos domínios relacionados com a adequabilidade do diagnóstico e encaminhamento de utilizadores, tendo sido verificado pela revisão sistemática da literatura, que o atendimento telefónico de enfermagem, conseguia direcionar os doentes no sistema

saúde para os diferentes níveis de cuidados (auto-cuidado, cuidados de saúde primários, cuidados de saúde secundários e terciários) com elevadas taxas de sucesso (entre 88-100%), fatos estes, igualmente, corroborados por outros autores, apesar das taxas apresentadas serem ligeiramente inferiores na ordem dos 64-79% (Purc-Stephenson e Thrasher, 2012).

Ficou, igualmente, evidente tanto na revisão sistemática da literatura como na auscultação de peritos, a preocupação dos enfermeiros e academia em demonstrar a eficiência do serviço de atendimento telefónico de enfermagem.

Os resultados do presente relatório evidenciam, através dos estudos aqui apresentados, que o atendimento telefónico de enfermagem consegue apresentar verdadeiras poupanças no orçamento da saúde (Greenberg, 2000; Cariello, 2003; Marklund et al, 2007; Spaulding, et al., 2013) tendo o painel de peritos da LSP integrado neste domínio (ponderação de custos ou avaliação de impacte financeiro) dois indicadores para monitorização das sua práticas.

Estes resultados são corroborados por Ledlow e colaboradores (2009) ao demonstrar que o atendimento telefónico de enfermagem, por responder de forma dirigida e especializada às necessidades dos doentes, gera menores custos para o sistema de saúde tornado a utilização de serviços mais eficiente.

8.2. EMPODERAMENTO DA LINHA SAÚDE PÚBLICA

Foi também objetivo deste relatório demonstrar em que medida “a enfermagem toma por objeto de estudo as respostas humanas aos problemas de saúde e aos processos de vida assim como às transições enfrentadas pelos indivíduos, famílias e grupos, ao longo do ciclo de vida” (Ordem dos Enfermeiros, 2009, p. 13) auxiliando, neste caso em particular, a comunidade de enfermeiros da LSP a gerir as transições enquanto situações geradoras de mudança ao longo do seu próprio ciclo de vida (Meleis et al, 2000).

A intervenção de enfermagem deve assim constituir-se um fator facilitador, dentro da comunidade profissional LSP, da melhoria do conhecimento sobre os resultados das intervenções de enfermagem, promovendo assim mudanças nas relações interpessoais e nas relações com o ambiente.

A expressão de uma disciplina evidencia-se no controlo que a mesma detém sobre o conteúdo e contexto das suas práticas, bem como das suas próprias competências (Manojlovich, 2005). Assim, respondendo ao diagnóstico de situação

realizado, o presente relatório procura apresentar as intervenções e resultados obtidos na comunidade de enfermeiros da LSP promotoras de um incremento do poder, destes enfermeiros, nas três dimensões mencionadas (conteúdo, contexto e ecompetências).

Uma equipa empoderada é uma equipa mais interventiva, segura e capaz de controlar a sua saúde (Moore, et al., 2014), neste caso “saúde pessoal e profissional”.

Este relatório procura evidenciar que as intervenções de empoderamento comunitário, desenvolvidas no estágio II, incrementaram na comunidade de enfermeiros da LSP uma consciência coletiva crítica, capaz de mobilizar os recursos que têm disponíveis, de forma organizada, em prol da sua saúde (Labonté e Laverack, 2008) .

Este empoderamento comunitário visto como “resultado”, depende fortemente da capacidade do individuo em utilizar o seu poder individual em prol do poder coletivo (Manojlovich, 2005; Woodall et al, 2012).

Conseguir-se, como resultado final, uma comunidade empoderada exige a construção de um processo dinâmico e infinito, que implica mudanças constantes no empoderamento pessoal (poder interior) e transformações nas relações de poder entre sistemas sociais (Laverack e Wallerstein, 2001).

O empoderamento comunitário analisado como “resultado final” só se pode medir a longo prazo (Laverack e Wallerstein, 2001) no entanto neste relatório procurámos igualmente refletir e discutir, de forma crítica, à luz dos conceitos de Labonté e Laverack (2008), a comunidade de enfermeiros estudada, sistematizando-se assim na tabela apresentada no anexo n.º 18, os requisitos que eventualmente podem suportar a continuidade desse empoderamento comunitário, então iniciado no estágio II.

Nas últimas duas décadas o empoderamento comunitário, no âmbito das atividades de saúde pública e promoção de saúde, passou a ser reconhecido como um processo de mudança continuado, ao longo do tempo, no qual se perspetivava mais do que uma mudança macro, inúmeras mudanças micro, ao nível do individuo *per si* (Woodall et al, 2012), assim, todo o trabalho desenvolvido durante o estágio II pretendia, junto dos diferentes enfermeiros da LSP, aumentar:

- o controlo sobre o conteúdo das práticas através da formação continua.
- aumentar o controlo sobre as competências através da definição, entre pares dos indicadores de desempenho.

O *update* de informação e conhecimentos sobre as principais temáticas com que mais frequentemente contatam poderá ser considerada como uma estratégia no primeiro nível de prevenção, mediante a aquisição de conhecimentos que evitem o desenvolvimento de *stress* (Anshel e Kaissidis, 1997).

A sessão de formação sobre resultados de enfermagem permitiu sensibilizar a comunidade de enfermeiros da LSP para a importância de documentar os resultados da sua intervenção sob pena das mesmas se tornarem invisíveis aos olhos dos decisores (Newhouse, et al., 2011) .

A reflexão crítica, em painel de peritos, sobre o *core* de competências passíveis de medir o desempenho dos enfermeiros da LSP permitiu, como descrito na literatura (Knowles et al, 2002), perceber o valor adicionado com o serviço (*value for money*).

Dotar os enfermeiros de mais e melhor informação sobre o seu desempenho aumenta a sua posição negocial e de influência, tornando-o mais autónomo. O controlo sobre a atividade laboral está descrito na literatura como fator promotor de autonomia na tomada de decisão e a satisfação profissional (Strom et al, 2006). Os enfermeiros da LSP ao monitorizarem a sua prática geram informação credível sobre aquilo que é o seu desempenho capaz de vir a influenciar futuras decisões técnicas e políticas.

9. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E CONTRIBUTOS PARA O FUTURO

Todo o percurso formativo e as atividades desenvolvidas ao longo da frequência deste curso permitiram o desenvolvimento de competências em contexto profissional, o que para alguns autores, constitui uma mais-valia na promoção do avanço da enfermagem, como disciplina e ciência (Benner, 2005).

Consideramos que para além do cumprimento dos objetivos propostos quer para a realização do estágio quer para a elaboração do relatório, este relatório demonstra ainda a aquisição de competências que concorrem para o desenvolvimento da profissão respeitando integralmente o previsto no n.º 80 do código deontológico do enfermeiro, sobre o “dever para com a comunidade”.

Ao longo deste percurso, como enfermeiro responsável por uma comunidade, procurou-se conhecer as necessidades da população (enfermagem) e da comunidade em que se estava inserido (enfermeiros da LSP), participando ativamente na orientação da comunidade na busca de soluções para os seus problemas de saúde detetados, no diagnóstico de situação, “com vista à capacitação e empowerment das comunidades, na consecução de projetos de saúde coletiva” (Ordem dos Enfermeiros, 2011) colaborando com outros profissionais e parceiros na busca da melhor resposta às suas necessidades, tendo sempre em consideração o atual contexto social, económico e político de grande restrição financeira.

O enfermeiro especialista tem um conhecimento aprofundado das competências do enfermeiro de cuidados gerais bem como da sua área de especialização, neste caso de enfermagem comunitária e de saúde pública, que se quer globalizante e centrada na comunidade, capacitando-o para uma abordagem especializada tendo em conta as respostas humanas, num *continuum* de saúde/doença, ao longo do ciclo de vida.

O presente relatório cumpriu a sua missão e abriu novos caminhos para a investigação, através da qual se irá tentar demonstrar como uma enfermagem comunitária orientada para resultados, capaz de construir cientificamente a disciplina, ao utilizar de modelos de análise da efetividade dos cuidados de enfermagem

desenvolve um conhecimento mais sólido de orientação das suas práticas (Doran, 2011; Polit e Beck, 2013).

Espera-se que o resultado deste relatório, tenha igualmente cumprido com uma das suas premissas, fazer emergir novas hipóteses de investigação, como sejam, a título de exemplo, as seguintes:

- As intervenções dos enfermeiros da LSP são custo-efetivas?
- O encaminhamento dos doentes, realizado pela LSP, é adequado às necessidades expressas?
- O aconselhamento dos doentes, realizado pela LSP, gera ganhos de saúde?

10. CONCLUSÃO

A consulta de enfermagem em centro de atendimento representa para muitos enfermeiros uma nova e interessante oportunidade profissional integrada no serviço nacional de saúde (Strom et al, 2006; Larsen, 2005).

Ao longo das últimas décadas a forma como os doentes comunicam com os profissionais de saúde tem vindo a mudar radicalmente, fruto não só da evolução tecnológica, mas também da falta de médicos, da sobrelotação dos serviços de urgência e da necessidade de se aumentar o acesso aos cuidados não presenciais (Purc-Stephenson e Thrasher, 2012).

O caminho para o atendimento telefónico, por parte dos enfermeiros, estava então trilhado, com a demonstração de vários estudos desenvolvidos, até à década de 90, que 50% a 60% dos utilizadores deste tipo de serviço escolhiam os cuidados em casa e isso representava uma poupança substancial nos custos em saúde (Granapathy e Ravindra, 2011).

Com o passar dos anos a linhas de atendimento telefónico de enfermagem passaram a ser uma realidade em todo o mundo na área da triagem, da referência e gestão da doença.

Esta atividade de enfermagem apesar de ser descrita na literatura, desde há muito, como uma atividade adequada à referência dos doentes no sistema, evitando custos de uma utilização de serviços desadequada, bem como potenciadora da autonomia e melhoria do primeiro nível de cuidados: o auto-cuidado (Kumar, 2011), em Portugal, pelo pouco tempo de existência, ainda está pouco descrita e valorizada.

Hoje, com os resultados deste relatório, podemos afirmar que o atendimento telefónico de enfermagem está descrito, entre a comunidade científica, como uma intervenção custo-efetiva.

Ficou, igualmente, demonstrado pelo diagnóstico de comunidade que a maioria dos enfermeiros da LSP reconhecem “valor” à sua atividade no entanto desejam vê-la avaliada pois assim poderão melhorar as suas intervenções, re-focar os seus níveis de intervenção e influenciar as decisões estratégicas do seu contexto profissional

Foi nosso objetivo, com o presente relatório, auxiliar esta comunidade a reconhecer a sua importância no sistema de saúde e a transformar a sua ação em poder de participação e de decisão, através da implementação de um sistema de monitorização das práticas que permitirá verificar se as respostas da LSP estão adequadas às reais necessidades e interesses dos seus utilizadores.

A estratégia de empoderamento da comunidade LSP exigiu a construção de uma visão sistémica do “Todo”, como preconizado por *Betty Newman*, respeitando-se as sinergias das partes e sobretudo, as ligações e inter-relações existente entre elas (Neuman e Fawcett, 2011) de forma a se promover, ainda que de forma inicial, a transição desta comunidade para um outro nível de atuação no seu ciclo de vida: o incremento do controlo e poder.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Agency for Health Care Research and Quality. (2004). *Hospital Nurse Staffing and Quality of Care*. Research in Action.
2. Agency for Healthcare Research and Quality. (2000). *Outcomes Research: Fact Sheet*. Acedido em 10 de agosto de 2014, de Agency for Healthcare Research and Quality:
<http://www.ahrq.gov/research/findings/factsheets/outcomes/outfact/index.html>
3. Akins, R., Tolson, H., e Cole, B. (2005). Stability of response characteristics of a Delphi panel: application of bootstrap data expansion. *BMC Medical Research Methodology*, 5 (37).
4. Aiken, L. H., Sloane, D. M., Lake, E. T., Sochalski, J., e Weber, A. L. (1999). Organization and outcomes of inpatient AIDS care. *Medical Care*, 37(8), pp.760-772.
5. Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J., e Silber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*, 288(16), pp.1987-1993.
6. Anshel, M., e Kaissidis, A. (1997). Coping style and situational appraisals as predictors of coping strategies following stressful events in sport as a function of gender and skill level. *British Journal of Psychology*, 88 (2), pp.263-276.
7. Bartolucci, A., e Hillegass, W. (2010). Overview, Strengths, and Limitations of Systematic Reviews and Meta-Analyses. In Chiappelli F et al, *Evidence-Based Practice: Toward Optimizing Clinical Outcomes*. Berlin: Springer-Verlag.
8. Benner, P (2005). *De iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Lisboa: Quarteto Editora.
9. Biblioteca Virtual em Saúde. (s.d.). *Descritores em Ciências da Saúde*. Obtido em 4 de Outubro de 2013, de Descritores em Ciências da Saúde:
<http://decs.bvs.br/homepage.htm>
10. Bickerstaffe, S. (2013). *Towards whole person care*. London: Institute for Public Policy Research.
11. Brett J. (1989). Outcome Indicators of Quality Care. In Henry B. et al (1989).

- Dimensions of Nursing Administration. Theory, Research, Education, Practice.* Massachusetts: Blackwell Scientific Publications.
12. Busse, R., Blümel, M., Scheller-Kreinsen, D., e Zentner, A. (2010). *Tackling chronic disease in Europe: Strategies, interventions and challenges.* Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.
 13. Califf, R. (2014). The Patient-Centered Outcomes Research: A National Infrastructure for Comparative Effectiveness Research. *NCMedJ* , 75 (3), pp. 204-210.
 14. Cariello, F. (2003). Computerized Telephone Nurse Triage: An Evaluation of Service Quality and Cost. *J Ambulatory Care Manage*, pp. 124-137.
 15. Chin, H. (October - December de 2013). The impact of nurse staffing on quality of patient care in acute care settings: An integrative review paper. *Singapore Nursing Journal* , 40 (4), pp. 10-24.
 16. Community Development Exchange (2008). What is community empowerment? CDX: London.
 17. Doran, D. (2011). *Nursings outcomes. The state of the science.* Mississauga: Jones and Bartlett Publishers.
 18. Economist Intelligence Unit . (2011). *The future of healthcare in Europe* . The Economist Intelligence Unit Limited.
 19. European Commission. (2011). *eGovernment in Portugal*. Directorate General Informatics and the Directorate General for the Information Society and Media. eGovernment Practice Editorial Team, EUROPEAN DYNAMICS S.A.
 20. Galvão, C., Sawada, N., e Rossi, L. (2002). A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* , 10 (5), pp. 690-5.
 21. Gauthier, B. (2003). *Investigação Social: Da Problemática à Recolha de Dados*. 3.^a ed. Loures: Lusociência.
 22. George, JB. e Colaboradores (2004) - *Teoria de Enfermagem, Os fundamentos para a prática profissional*. Porto Alegre: Artmed Editora.
 23. Granapathy, K., e Ravindra, A. (2011). Telenursing in an emerging economy: an overview in Telenursing. In S. a. Kumar, *Telenursing*. London: Springer-Verlag.
 24. Greenberg, M. (2000). Telephone Nursing: Evidence of Client and Organizational Benefits. *Nursing Economics* , pp.117-123.

25. Hickam, D., Severance, S., Feldstein, A., Ray, L., Gorman, P., Schuldheis, S., et al. (2003). *The effect of health care working conditions on patient safety*. M. Agency for Healthcare Research and Quality. Rockville: AHRQ Publication n.º 03-E031.
26. Hoffmann, T., Bennett, S., e Del Mar, C. (2010). *Evidence-Based Practice Across the Health Professions*. Chatswood: Churchill Livingstone, Elsevier.
27. Holmström, I. (2007). Decision aid software programs in telenursing: not used as intended? Experiences of Swedish telenurses. *Nursing and Health Sciences*, pp. 23-28.
28. Jeremias, C e Rodrigues, F. (2010). O cuidar de Enfermagem ao Sistema Cliente Comunidade. *Revista Nursing Portuguesa*, 263.
29. Jeffs, L., Sidani, S., Rose, D., Espin, S., Smith, O., Martin, K., et al. (2013). Using theory and evidence to drive measurement of patient, nurse and organizational outcomes of professional nursing practice. *International Journal of Nursing Practice* , 19, pp. 141–148.
30. Kieffer, C. (1984). Citizen empowerment: a developmental perspective. *Prev Hum Serv* , 3, pp. 9-36.
31. Kleinpell, R. (1997). Whose outcomes: patients, providers or payers? *The Nursing Clinics of North America. Outcomes measurement and management* , 32 (3), pp. 513-520.
32. Kleinpell, R., Scanlon, A., Hibbert, D., Ganz, F., East, L., Fraser, D., Wong, F., Beauchesne, M., (2014). Addressing Issues Impacting Advanced Nursing Practice Worldwide. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 19(2).
33. Knowles, E., O’Cathain, A., Morrell, J., Munro, J., e Nicholl, J. (2002). NHS Direct and nurses -opportunity or monotony? *International Journal of Nursing Studies* , 39, pp. 857-866.
34. Kumar, S. (2011). Telenursing : An audit . In S. a. Granapathy K. and Ravindra A : Telenursing in an emerging economy: an overview in Kumar, *Telenursing*. London: Springer-Verlag.
35. Labonté, R., e Laverack, G. (2008). *Health Promotion in Action: From Local to Global Empowerment*. New York: palgrave macmillan.
36. Laschinger, H. K. S., Sabiston, J. A., e Kutzscher, L. (1997). Empowerment and staff nurse decision involvement in nursing work environments: Testing Kanter's theory of structural power in organizations. *Research in Nursing e Health*, 20, pp. 341-352.

37. Last J. (Ed) (2001). *A Dictionary of Epidemiology*. 4th Ed. New York: Oxford Univesity Press.
38. Larsen, A. (2005). In the public interest: autonomy and resistance to methods of standardising nurses' advice and practices from a health call centre in Perth, Western Australia. *Nursing Inquiry*. 12(2), pp. 135–143
39. Laverack, G., e Wallerstein, N. (2001). Measuring community empowerment: a fresh look at organizational domains. *Health Promotion International* , 16 (2), pp. 179-185.
40. Ledlow, G., Dan O'Hair, H., e Moore, S. (2009). Predictors of Communication Quality:The Patient, Provider, and Nurse Call Center Triad. *Health Communication* , pp. 431-455.
41. Lin, C. (2013). The impact of nurse staffing on quality of patient care in acute care settings: An integrative review paper. *Singapore Nursing Journal* , 40 (4), pp. 10-23.
42. Loureiro, I., Miranda, N. (2010). *Promover a Saúde: dos fundamentos à acção*. Coimbra: Almedina.
43. Mallory J. (2011). The Shifting Landscape of Health Care: Toward a Model of Health Care Empowerment. *American Journal of Public Health*. 101 (2), pp. 265-270.
44. Manojlovich, M. (2005). Predictors of professional nursing practice behaviors in hospital settings. *Nursing Research*, 54(1), pp. 41-47.
45. Marklund, B., Strom, M., Mansson, J., Borgquist, L., Baigi, A., e Fridlund, B. (2007). Computer-supported telephone nurse triage: an evaluation of medical quality and costs. *Journal of Nursing Management* , pp. 180-187.
46. Mausner, J., e Kramer, S. (199). *Introdução à epidemiologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
47. McGinnis, P., Wainwright, S., Hack, L., Nixon-Cave, K., e Michlovitz, S. (2010). Use of a Delphi panel to establish consensus for recommended uses of selected balance assessment approaches. *Physiotherapy Theory and Practice* , 26 (6), pp. 358–373.
48. McGlynn, Asch, Adams et al. (2003). The quality of health care delivered to adults in the United States. *The New England Journal of Medicine* , 348, pp. 2635-45.

49. Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, H., DeAnne, K., e Shumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle range theory. *Advances in nursing science*, pp. 12-28.
50. Melnyk, B., e Fineout-Overholt, E. (2011). *Evidence-based practice in nursing and healthcare: A guide to best practice*. Philadelphia: Lippincott, Williams e Wilkins.
51. Spilsbury K e Meyer J. (2001). Defining the nursing contribution to patient outcome: lessons from a review of the literature examining nursing outcomes, skill mix and changing roles. *J Clin Nurs*, 10(1), pp. 3-14.
52. Mendes, I., Trevizan, M., Mazzo, A., Godoy, S., e Ventura, C. (2011). Marketing profissional e visibilidade social na enfermagem: uma estratégia de valorização de recursos humanos. *Texto e Contexto - Enfermagem* , 20 (4), pp. 788-95.
53. Moore, L., Chersich, M., Steen, R., Reza-Paul, S., Dhana, A., Vuylsteke, B., et al. (2014). Community empowerment and involvement of female sex workers in targeted sexual and reproductive health interventions in Africa: a systematic review. *Globalization and Health* , 10 (47), pp. 1-17.
54. Needleman, J. (2002). Nurse-staffing levels and quality of care in hospitals. *The New England Journal of Medicine* , 346 (22), pp. 1715-1722.
55. Neuman B. e Fawcett J. (2011) *The Neuman systems model* (5th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
56. Newhouse, R., Stanik-Hutt, J., White, K., Johantgen, M., Bass, E., Zangaro, G., et al. (2011). Advanced Practice Nurse Outcomes 1990-2008: A Systematic Review. *Nursing Economic\$*, 29 (5), pp. 1-22.
57. OECD . (2010). *Value for Money in Health Spending*. OECD Publishing.
58. OECD. (2010). *Health at a Glance: Europe 2010*. Acedido em 16.10.2013 em http://ec.europa.eu/health/reports/docs/health_glance_en.pdf.
59. Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual, Enunciados descritivos*. Lisboa: Divulgar.
60. Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Referencial do enfermeiro – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. . Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
61. Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

62. Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Regulamento do perfil das competências dos enfermeiros de cuidados gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
63. Palese, A., Mesaglio, M., Lucia, P. D., Guardini, I., Forno, M. D., Vesca, R., et al. (2013). Nursing effectiveness in Italy: findings from a grounded theory. *Journal of Nursing Management* , 21, pp. 251-262.
64. Pearson, A. ,Vaughan, B. (2005). *Nursing Models for Practice*. Philadelphia: Elsevier Health Sciences.
65. Petitti, D. (2011). Prevention and the science and politics of evidence. In H. S. Faust, e P. T. Menzel, *Prevention Vs. Treatment: What's the Right Balance?*. Oxford: Oxford University Press.
66. Petticrew, M. e Roberts, H. (2003). Evidence, hierarchies, and typologies: horses for courses. *J Epidemiol Community Health*, 57, pp. 527–529.
67. Polit, D., e Beck, C. (2013). *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams e Wilkins.
68. Purc-Stephenson, R., e Thrasher, C. (2012). Patient compliance with telephone triage recommendations:A meta-analytic review. *Patient Education and Counseling*, pp.135-42.
69. Ritchie, J., Lewis, J., Nicholls, C., e Ormston , R. (2013). *Qualitative Research Practice: A Guide for Social Science Students and Researchers* (2nd ed.). London: SAGE Publications.
70. Rodrigues, R. (2009). *Satisfação global aferida pelos pacientes: Uma aplicação ao serviço de urgência Português*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.
71. Santos , W. N. (2014). Sistematização da assistência de enfermagem: o contexto histórico, o processo e obstáculos da implantação. *J Manag Prim Health Care* , 5 (2), pp. 153-158.
72. Secoli, S., Nita, M., Ono-Nita, S., e Nobre, M. (2010). Avaliação de tecnologia em saúde: II. A análise de custo-efetividade. *Arq. Gastroenterol.* , 14 (3), pp. 329-33.
73. Sidani, S e Epstein, DR (2003). *Enhancing the evaluation of nursing care effectiveness*. *Canadian Journal Nursing Research*, 35(3), pp. 26-38.
74. Smith L. (2003). *Developing a European Nursing Research Network*. *Nursing Research Experts' Meeting*. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid.

75. Spaulding, A., Radi, D., Macleod, H., Lynfield, R., Larson, M., Hyduke, T., et al. (2013). Satisfaction and Public Health Cost of a Statewide Influenza Nurse Triage Line in Response to Pandemic H1N1 Influenza. *PLoS One*, 8(1), pp. 1-8.
76. Stanhope, M., Lancaster, J. (2011). *Enfermagem Comunitária: Cuidados de saúde na comunidade centrados na população*. 7ª Ed. Lisboa: Lusodidacta.
77. Strom, M., Marklund, B., e Hildingh, C. (2006). Nurses' perceptions of providing advice via a telephone care line. *British Journal of Nursing*, 15 (20).
78. Tomey, A. e Allygood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra: Modelos e teorias de Enfermagem*. 5ªed. Loures: Lusociência.
79. Tourangeau A. E. (2005). A theoretical model of determinants of mortality. *Advances in Nursing Science*, 28, pp. 158-69.
80. Wahlberg, A., Cedersun, E., e Wredling, R. (2005). Bases for assessments made by telephone advice nurses. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 11, pp. 403-407.
81. Wensing, M., Wollersheim, H., e Grol, R. (2006). Organizational interventions to implement improvements in patient care: a structured review of reviews. *Implementation Science*, 1 (2).
82. Woodall, J., Warwick-Booth, L., e Cross, R. (2012). Has empowerment lost its power? *Health Educ Res*, 27, pp. 742-745.
83. World Health Organization. (1987). *World Health Organization Healthy Cities Project: A Project Becomes a Movement*. Milan: Sogess.
84. World Health Organization (1989). *European Conference on Nursing Report on a WHO meeting*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
85. WORLD HEALTH ORGANIZATION (1998). *Health Promotion Glossary*. Division of Health Promotion, Education and Communications.
86. World Health Organization (2006). Strengthening nursing and midwifery Fifty-Fourth World Health Assembly. (WHA54.12) Acedido em 02/12/2013 em http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA59/A59_R27-en.pdf.
87. World Health Organization. (2003). *Nurses and Midwives: A Force for Health*. Copenhagen: WHO Europe.
88. World Health Organization. (2011). *Scaling up action against noncommunicable diseases: how much will it cost?* Geneve: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.

ANEXOS

Anexo 1: Diagnóstico da comunidade

Nota: As folhas em branco dos anexos foram intencionalmente removidas



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE SANTARÉM
4º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
COMUNITÁRIA
UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO



**DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM NA
COMUNIDADE
ENFERMEIROS DA LINHA SAÚDE PÚBLICA DGS**

Estudantes

Anabela Coelho nº 120431002

Andreia Silva nº 120431003

Marta Rosa nº 120441001

Professoras Orientadoras

Mª Carmo Figueiredo

Isabel Barroso

Enfermeiros cooperantes

Sérgio Gomes

Pedro Branco

Lisboa

fevereiro

2014

Dedicamos este trabalho a todos os enfermeiros
que desenvolvem atividades na Linha de Saúde
Pública da DGS.

Agradecemos:

Aos colegas Sérgio Gomes e Pedro Branco,
pela forma como nos receberam e se
disponibilizaram a orientar-nos;

Às professoras orientadoras Isabel Barroso e
Maria do Carmo Figueiredo, pela sabia mestria
na condução do estágio;

Aos enfermeiros que desenvolvem atividades
na Linha de Saúde Pública pela disponibilidade
em colaborar connosco.

Obrigada

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

DGS - Direção-Geral da Saúde;
EEEC – Enfermeiro Especialista Enfermagem comunitária
ICN - International Council of Nursing;
LSP- Linha de Saúde Pública
OE - Ordem dos Enfermeiros;
SNS – Serviço Nacional de Saúde
SPSS - Statistical Package for Social Sciences;

INDICE

f.

INTRODUÇÃO	12
1 – CARATERIZAÇÃO DA LINHA DE SAÚDE PÚBLICA DA DGS	14
2 - CONSULTA DE ENFERMAGEM POR ATENDIMENTO TELEFONICO	24
3 – ENFERMEIROS DA LSP – ABORDAGEM ECO SISTEMICA NO DESENVOLVIMENTO DE ATIVIDADES	26
4 – COMPETÊNCIAS DE ENFERMAGEM DOS ENFERMEIROS LSP	30
5 - DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM À COMUNIDADE – ENFERMEIROS LSP	35
5.1 – FASE METODOLOGICA	37
5.1.2 – Metodologia	37
5.1.3 – Desenho do estudo	37
5.1.4 – População em estudo	38
5.1.5 - Método de colheita e análise de dados	38
5.1.6 – Procedimentos éticos e formais	40
5.2 – FASE EMPÍRICA	40
5.2.1 – Colheita de dados	41
5.2.2 – Apresentação dos resultados	41
5.2.3 – Análise e discussão dos resultados	59
5.2.4 – Validação dos resultados	62

5

6 – PRINCIPAIS CONCLUSÕES E DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA	63
5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	68
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
ANEXOS	74
ANEXO I – Projeto de estágio.....	75
ANEXO II – Apresentação da operacionalização das atividades no Workshop	76
ANEXO III – Apresentação das atividades desenvolvidas no estágio em Seminário.....	77
ANEXO IV – Entrevista ao informante chave.....	78
ANEXO V - Questionário elaborado	79

INDICE FIGURAS

f.

Figura nº 1 - Organograma da DGS	14
Figura nº 2 - Paralelismo entre a teoria sistémica de Bronfenbrenner e Modelo Teórico de Betty Neuman	29
Figura nº 3 – Fases do Processo de Enfermagem Comunidade como cliente	36

7

INDICE GRÁFICOS

f.

Gráfico nº 1 – Atendimentos enfermeiros LSP, por dia durante o ano de 2013	18
Gráfico nº 2- Atendimentos enfermeiros LSP, por mês durante o ano de 2013.....	18
Gráfico nº 3 – Distribuição do número de chamadas por dia da semana na LSP	19
Gráfico nº 4 – Caracterização do perfil do cidadão, sobre o qual é realizada a chamada, em termos de género e grupo etário	19
Gráfico nº 5 – Distribuição da % de chamadas para a LSP por distrito e a % da população residente nesses distritos em 2013.....	20
Gráfico nº 6–Distribuição dos seis principais motivos de contato com a LSP, 2013	21
Gráfico nº 7 – Distribuição do tipo de aconselhamento efetuado pelos enfermeiros da LSP no ano 2013	21
Gráfico nº 8 - Distribuição do tipo de encaminhamento efetuado pelos enfermeiros da LSP no ano 2013	22
Gráfico nº 9 - Distribuição das respostas ao questionário de acordo com a residência dos enfermeiros (região)	42
Gráfico nº 10 - Caracterização da população dos enfermeiros da Linha de Saúde Pública de acordo com as características fisiológicas	43
Gráfico nº 11 - Caracterização da população dos enfermeiros da Linha de Saúde Pública de acordo com as características psicológicas.....	43
Gráfico nº 12 - Distribuição da população dos enfermeiros da Linha de Saúde Pública de acordo com o número de anos experiência de profissional de enfermagem	44
Gráfico nº 13 - Distribuição da população dos enfermeiros da Linha de Saúde Pública de acordo com o número de anos experiência de profissional de enfermagem na Linha de Saúde Pública	45
Gráfico nº 14 - Caracterização da população dos enfermeiros da Linha de Saúde Pública em função da detenção do grau de enfermeiro especialista.....	45
Gráfico nº 15 - Caracterização da população dos enfermeiros da Linha de Saúde Pública em função do tipo de especialidade.....	46

8

Gráfico nº 16 - Caracterização da população dos enfermeiros da Linha de Saúde Pública de acordo com o grupo etário	46
Gráfico nº 17 - Caracterização da população dos enfermeiros da Linha de Saúde Pública de acordo com o sexo	47
Gráfico nº 18 - Caracterização da população dos enfermeiros da Linha de Saúde Pública de acordo com as habilitações académicas	47
Gráfico nº 19 - Caracterização da perceção da população relativamente ao contexto do exercício profissional na Linha de Saúde Pública.....	48
Gráfico nº 20 - Caracterização da perceção da população relativamente à avaliação da satisfação da população atendida	49
Gráfico nº 21 - Caracterização da perceção da população relativamente à informação da população (clientes) sobre este serviço adequada	49
Gráfico nº 22 - Caracterização da perceção da população relativamente à necessidade de formação para melhorar o seu desempenho	50
Gráfico nº 23 - Distribuição das áreas de formação identificadas para melhorar o seu desempenho	51
Gráfico nº 24 - Caracterização da perceção da população relativamente à medição do resultado da intervenção de enfermagem na LSP	52
Gráfico nº 25 - Caracterização da perceção da população relativamente aos indicadores de resultados em saúde (significativos e mensuráveis) considerados úteis para avaliar o impacto da intervenção na população atendida (<i>Importante/Muito importante</i>)	53
Gráfico nº 26 - Caracterização da perceção da população relativamente aos indicadores considerados úteis para avaliação de Custos/Poupança para o Sistema de Saúde (<i>Importante/Muito importante</i>).....	54
Gráfico nº 27 - Caracterização da perceção da população relativamente aos indicadores considerados úteis para avaliar o nível de cumprimento do aconselhamento realizado no contacto	55
Gráfico nº 28 - Distribuição das capacidades hierarquizadas de acordo com a perceção dos enfermeiros, grau de importância que atribuído no seu desempenho no contexto da LSP.	56
Gráfico nº 29 - Distribuição das capacidades hierarquizadas de acordo com a perceção dos enfermeiros, grau de importância atribuído no seu desempenho no contexto da LSP no que refere especificamente a educar, orientar e encaminhar.....	57
Gráfico nº 30 - Distribuição da perceção dos enfermeiros relativamente à adoção do aconselhamento realizado.....	58

Os Resultados das Intervenções de Enfermagem na Linha Saúde Pública

Gráfico nº 31 - Caracterização da perceção dos enfermeiros relativamente à sua intervenção de enfermagem na Linha de Saúde Pública	59
--	----

ÍNDICE QUADROS

	f.
Quadro nº 1 – Competências dos enfermeiros da LSP tendo em conta as competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública.....	31

INTRODUÇÃO

O relatório de estágio que se apresenta surge no contexto do Estágio I do 4.º Curso de Especialização de Enfermagem Comunitária, no âmbito do diagnóstico de necessidades/ problemas dos enfermeiros que desenvolvem a sua atividade em contexto da Linha de Saúde Pública da Direção-Geral da Saúde (DGS).

O *dever do enfermeiro* para com a comunidade, evidenciado no Código Deontológico do Enfermeiro, (Estatuto da OE na Lei n.º 111/ 2009 de 16 de setembro), valoriza a sua responsabilidade enquanto promotor da saúde integrando consequentemente o dever de conhecer as necessidades da comunidade onde desenvolve a sua atividade profissional.

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, adiante designado por EEEEC enquanto elemento da equipa de saúde que centra o desenvolvimento das suas atividades no seu conhecimento e experiência face à comunidade, constitui-se como elemento central para responder de forma adequada às necessidades da mesma, proporcionando-lhe efetivos ganhos em saúde. (O.E., 2011)

Quotidianamente os EEEEC, deparam-se com exigências concretas no desenvolvimento das suas competências, nomeadamente no que concerne ao estabelecimento, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade (Regulamento n.º 128/2011).

Sendo a população alvo do nosso estudo os enfermeiros que desenvolvem atividades no âmbito da LSP e o nosso foco de interesse o diagnóstico das suas necessidades/ problemas, realizou-se um projeto de estágio (Anexo 1), onde enquadrámos as atividades previstas para o Estágio, em função da concretização da primeira etapa do planeamento em saúde.

Apresentamos as atividades consideradas estruturantes que viabilizaram o diagnóstico de situação dos enfermeiros com vista a proporcionar respostas eficazes às necessidades sentidas pelos profissionais potenciando eventuais ganhos em saúde para os enfermeiros e para a população. Ao longo do desenvolvimento do estágio, apresentamos a evolução na operacionalização das atividades em Workshop (Anexo 2) e Seminário (Anexo 3).

O presente trabalho refere-se então ao resultado da operacionalização do projeto elaborado encontrando-se estruturado em seis capítulos, em que o primeiro capítulo refere-se à caracterização da Linha de Saúde Pública no que concerne à sua contextualização, missão, finalidade, objetivos, metodologia e resultados, no segundo capítulo expomos de forma sucinta o contexto da consulta de enfermagem realizada com recurso ao atendimento telefónico, no terceiro abordamos como fio condutor, o modelo de Betty Neuman e a sua aplicabilidade no diagnóstico de situação desenvolvido seguido do quarto capítulo que se refere às competências do enfermeiro da LSP, o quinto capítulo refere-se à metodologia desenvolvida para a concretização do projeto, apresentação e discussão de resultados, no sexto capítulo apresentamos as principais conclusões e o diagnóstico de enfermagem comunitária, por último apresentam-se algumas considerações finais.

Assim, procura-se com este relatório:

- Apresentar o percurso desenvolvido durante a realização do Estágio I do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária desenvolvido com os enfermeiros da LSP, de acordo com a metodologia de planeamento em saúde
- Analisar os resultados do diagnóstico de necessidades/ problemas dos enfermeiros que desenvolvem a sua atividade em contexto da Linha de Saúde Pública da Direção-Geral da Saúde (DGS).

1 - CARATERIZAÇÃO DA LINHA DE SAÚDE PÚBLICA DA DGS

A DGS, constitui-se como um serviço central do Ministério da saúde e está integrado na administração direta do estado, assumindo-se como um organismo de referência para todos os que atuam na área da saúde.

É constituído por quatro departamentos, integrados em duas unidades de apoio, sendo que o projeto LSP se encontra afeta à unidade de apoio ao centro de atendimento do SNS (Figura nº 1)

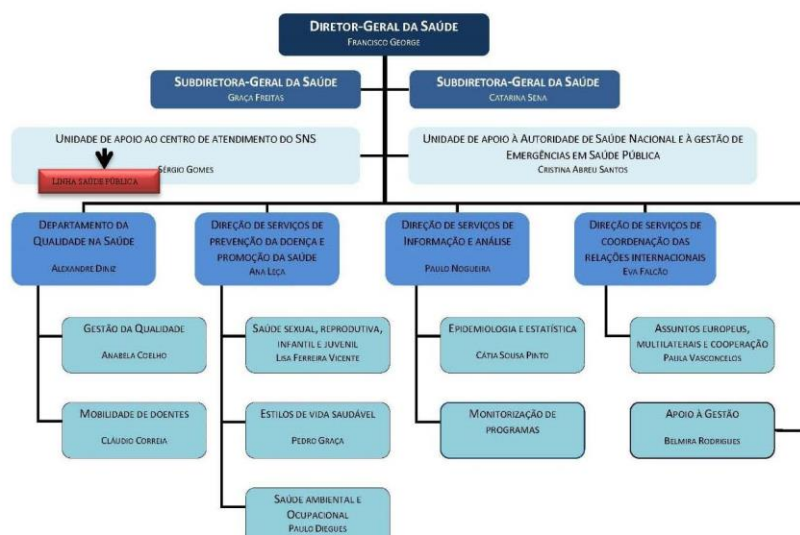


Figura nº 1 – Organograma da DGS; Documento Interno da DGS, 2013

O projeto "Linha de Saúde Pública" pressupõe uma estratégia integrada de acessibilidade dos cidadãos aos profissionais de saúde numa ótica de aconselhamento e encaminhamento face a problemas de Saúde Pública, registados sazonalmente ou em outras situações críticas (re) emergentes. Promove uma maior a acessibilidade do cidadão

aos profissionais da saúde e um maior investimento na prevenção, promoção e educação para a saúde através do atendimento telefónico.

O referido projeto apresenta como missão: ajudar as pessoas a terem uma atitude pró-ativa relativamente à gestão da sua saúde e da sua família, assumindo responsabilidades pelas diferentes opções que assumem e como finalidade: empowerment do cidadão em termos de informação e participação.

Os principais objetivos da Linha de saúde Pública são:

- Maior disponibilização de informação validada aos cidadãos e aos profissionais do Serviço Nacional de Saúde;
- Aproximar e sensibilizar o cidadão para as questões da prevenção e da promoção da saúde;
- Potenciar a participação dos cidadãos e da sociedade civil no sistema de saúde;
- Maior adequação dos cuidados de saúde para gerar mecanismos de comparação e emulação das melhores práticas.

A Linha de Saúde Pública adota na sua metodologia de atuação a entrevista telefónica padronizada e a utilização de protocolos de atuação e manuais de apoio técnico-normativos, fundamentais à tomada de decisão. Os enfermeiros da LSP têm ainda como recurso tecnológico o apoio da central telefónica, telefones móveis e software de operacionalização do site da DGS com acesso à área reservada da LSP.

Todos os recursos humanos têm formação profissional específica sobre entrevista e utilização de instrumentos de apoio à decisão por tecnologias de informação.

Existem, atualmente na LSP 75 enfermeiros distribuídos equitativamente por cada Administração Regional de Saúde – ARS, o que permite a redução das assimetrias regionais e potencia a apropriação e transmissão de informação/conhecimento científico obtido pelos enfermeiros nos respetivos locais de trabalho.

Os enfermeiros utilizam habitualmente, como equipamento de trabalho, o telefone móvel e um computador com acesso à internet fornecidos pela DGS.

O atendimento telefónico realiza-se das 8 horas às 24 horas e é assegurado por um enfermeiro, sendo a equipa reforçada com mais enfermeiros se existir um aumento inesperado, mas continuado, da procura dos serviços.

Salienta-se que um enfermeiro, em média, consegue atender entre 6 a 10 chamadas por hora, sendo também habitual o recurso a chamadas de retorno para acompanhar/validar a situação relatada ou a informação facultada.

Das 0 às 8 horas, caso exista alguma situação de emergência de saúde pública, o contato é efetuado para o telefone do coordenador nacional.

As principais áreas de atendimento de cidadãos e para os quais foram desenvolvidos módulos de atendimento específico são:

- Doenças transmissíveis (re) emergentes:
 - Gripe sazonal (desde 2001); Sarampo (desde 2004); Rubéola (desde 2004); Leptospirose (Set2004); Meningite (desde 2004); Intoxicações alimentares (desde 2004); Varicela (desde 2005); Cólera (Abr e Jun2005, Fev2006, 2011); Gripe H5N1 (2005 e 2006); Encefalopatia espongiforme bovina - BSE (Junho2007); Legionela (Maio2005); Marburgo (Março2005); Vírus *Chikungunya* (Mai2006, Setembro2007); Norovirus (desde 2007); Dengue (Março2008); Vírus do papiloma humano - HPV (2008); Raiva (2008 e Janeiro2012); Gripe A – em particular na fase de contenção (2009); Vírus *West Nile* (Agosto2010); *Escherichia coli* - Alemanha (Maio2011).
- Programa Nacional de Vacinação (desde 2003)
- Contraceção emergência (desde 2003)
- Trânsito solar de Vénus (Junho2004)
- Tuberculose (desde 2004)
- Módulo Verão (desde 2004):
 - Ondas de Calor; Radiação ultravioleta; Ozono.
- Saúde ambiental (desde 2004)
- Estilos de vida saudável (desde 2004)
- Deixar de fumar (desde Fevereiro2005)
- Frio (desde 2005)
- Saúde do Viajante (desde 2005)
- Medidas gerais de prevenção; Vacinação internacional.
- Diabetes (desde 2006)
- Interrupção voluntária gravidez (desde Junho2007)
- Obesidade (desde 2007)
- Riscos ocupacionais (desde 2007)
- Saúde oral (Março2008)
- Doenças crónico-degenerativas – Asma (desde 2011)
- Mutilação genital feminina (6 Fevereiro2012)

A LSP proporciona também informação técnico-científica atualizada aos profissionais de saúde do SNS e constituiu-se como uma rede de alerta perante fenómenos anómalos, bizarros, com implicações na saúde pública, em articulação com a Unidade de Emergência de Saúde Pública, da DGS.

A LSP tem estabelecido canais de informação específicos e privilegiados com as Autoridades Regionais de Saúde, INEM e Proteção Civil.

Nos últimos anos a LSP tem respondido aos seguintes problemas/situações de saúde

- Doenças transmissíveis (re) emergentes:

- Gripe sazonal (desde 2001) ; Sarampo (desde 2004); Rubéola (desde 2004); Leptospirose (Set2004); Meningite (desde 2004); Intoxicações alimentares (desde 2004); Varicela (desde 2005); Cólera (Abr e Jun2005, Fev2006, 2011); Gripe H5N1 (2005 e 2006); Encefalopatia espongiforme bovina - BSE (Junho2007); Legionela (Maio2005); Marburgo (Março2005); Vírus *Chikungunya* (Mai2006, Setembro2007); Norovirus (desde 2007); Dengue (Março2008); Vírus do papiloma humano - HPV (2008); Raiva (2008 e Janeiro2012); Gripe A – em particular na fase de contenção (2009); Vírus *West Nile* (Agosto2010); *Escherichia coli* - Alemanha (Maio2011).

- Programa Nacional de Vacinação (desde 2003)

- Contraceção emergência (desde 2003)

- Trânsito solar de Vénus (Junho2004)

- Tuberculose (desde 2004)

- Módulo Verão (desde 2004): Ondas de Calor; Radiação ultravioleta; Ozono.

- Saúde ambiental (desde 2004)

- Estilos de vida saudável (desde 2004)

- Deixar de fumar (desde Fevereiro2005)

- Frio (desde 2005)

- Saúde do Viajante (desde 2005): Medidas gerais de prevenção; Vacinação internacional.

- Diabetes (desde 2006)

- Interrupção voluntária gravidez (desde Junho2007)

- Obesidade (desde 2007)

- Riscos ocupacionais (desde 2007)

- Saúde oral (Março2008)

- Doenças crónico-degenerativas – Asma (desde 2011)

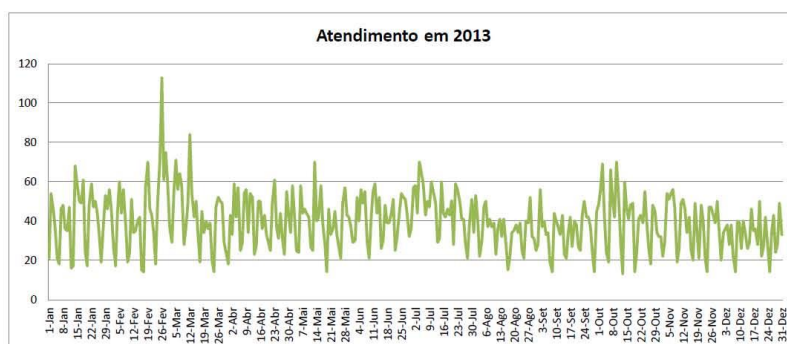
- Mutilação genital feminina (6 Fevereiro2012)

Os Resultados das Intervenções de Enfermagem na Linha Saúde Pública

De seguida apresentaremos uma caracterização geral da atividade da LSP durante o ano de 2013, referente à distribuição dos atendimentos ao longo do ano

No ano de 2013, os enfermeiros da LSP efetuaram um total de 15.731 atendimentos, sendo a sua distribuição ao longo dos dias uniforme, destacando-se apenas os atendimentos efetuados em fevereiro, podendo associar-se este pico de atendimentos ao período sazonal da gripe (Gráfico nº 1).

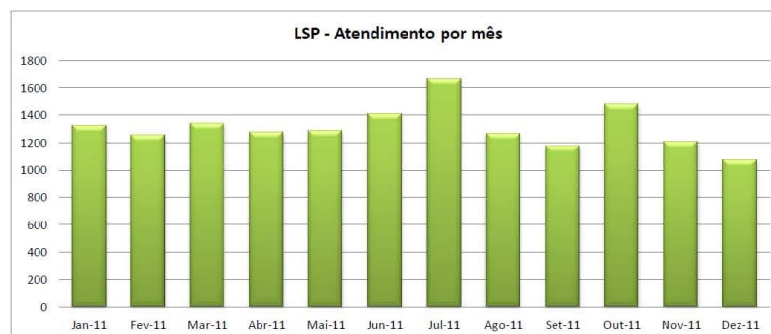
Gráfico nº 1 – Atendimentos enfermeiros LSP, por dia durante o ano de 2013



Fonte: Relatório LSP, 2014

No entanto, se observarmos a distribuição dos atendimentos por mês, concluímos que o mês de fevereiro não é o mais preponderante em termos de atendimentos, mas o mês de Julho (Gráfico nº 2)

Gráfico nº 2 - Atendimentos enfermeiros LSP, por mês durante o ano de 2013

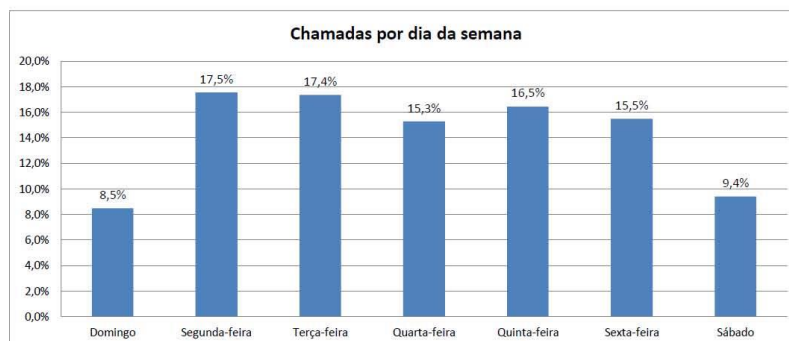


Fonte: Relatório LSP, 2014

Os Resultados das Intervenções de Enfermagem na Linha Saúde Pública

No que se refere à distribuição dos atendimentos por dia da semana, conclui-se que o menor número de chamadas é efetuada ao sábado (9,4%) e domingo (8,5%), contrastando com os dias úteis com percentagens que variam entre os 17,5% à segunda-feira e 15,3% à quarta-feira (Gráfico nº 3).

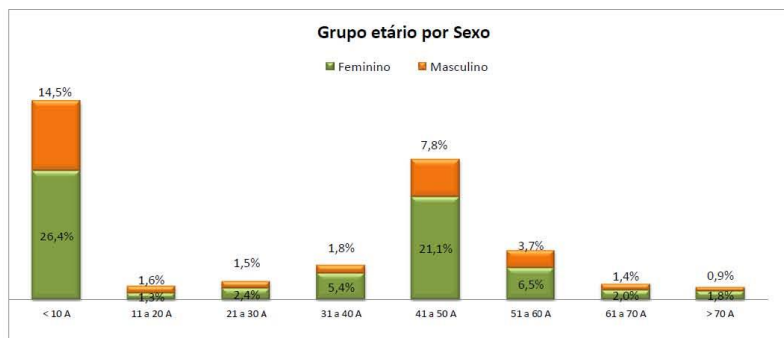
Gráfico nº 3 – Distribuição do número de chamadas por dia da semana na LSP



Fonte: Relatório LSP, 2014

Quando analisados os grupos etários e género dos cidadãos a que se reportam as chamadas realizadas em 2013, verificamos que a esmagadora maioria das chamadas são sobre cidadãos do sexo feminino (66,9%) com um maior predomínio dos grupos etários menor de 10 anos (26,4%) e dos 41-50 anos (21,1%).

Gráfico nº 4 – Caracterização do perfil do cidadão, sobre o qual é realizada a chamada, em termos de género e grupo etário

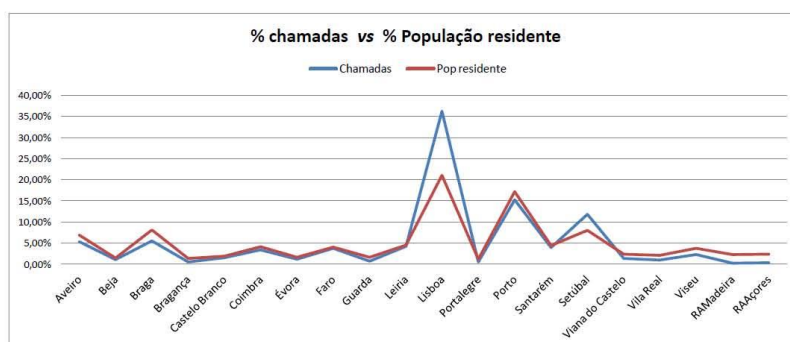


Fonte: Relatório LSP, 2014

Os Resultados das Intervenções de Enfermagem na Linha Saúde Pública

Num paralelismo entre a população que ligou para a LSP e a sua origem em termos de distrito, verifica-se que coincidem percentualmente à população residente em cada distrito excetuando-se os distritos de Lisboa, Porto e Setúbal, onde o número de chamadas percentualmente se sobrepôs à percentagem da população residente.

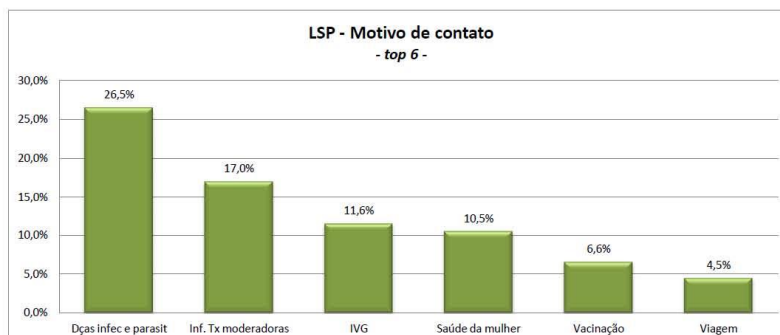
Gráfico nº 5 – Distribuição da % de chamadas para a LSP por distrito e a % da população residente nesses distritos em 2013



Fonte: Relatório LSP, 2014

No que se refere aos motivos de contato, no ano de 2013 e circunstanciando aos motivos mais frequentes, podemos verificar, por ordem de frequências que as doenças infecciosas e parasitárias são as mais frequentes, seguida de informações relativas a taxas moderadoras, interrupção voluntária da gravidez (IVG), saúde da mulher, vacinação e viagens, respetivamente

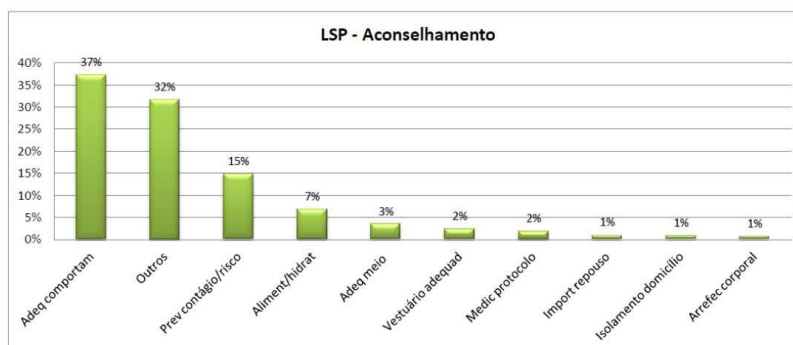
Gráfico nº 6 – Distribuição dos seis principais motivos de contato com a LSP, no ano 2013



Fonte: Relatório LSP, 2014

O aconselhamento efetuado pelos enfermeiros da LSP no ano de 2013, centrou-se em várias áreas, como adequação de comportamentos (32%), prevenção e contágio/ risco (15%), alimentação e hidratação (7%), adequação ao meio (3%), vestuário adequado e protocolos de medicamentos (2%), importância do repouso, isolamento no domicílio e arrefecimento corporal (todos com 1%); concluindo assim que o papel do enfermeiro neste âmbito se destaca essencialmente no que se refere ao empoderamento do cidadão.

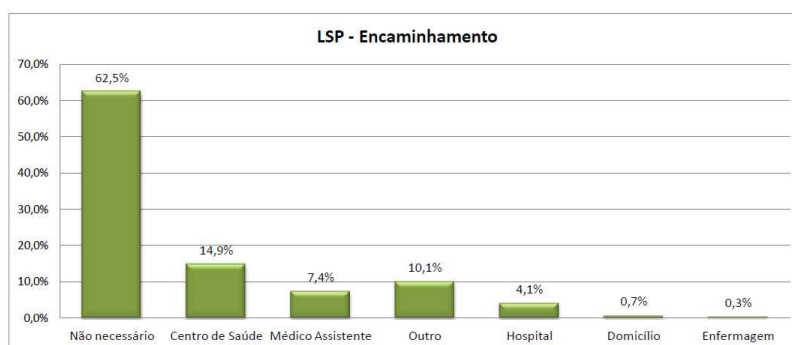
Gráfico nº 7 – Distribuição do tipo de aconselhamento efetuado pelos enfermeiros da LSP no ano 2013



Fonte: Relatório LSP, 2014

Considerando todos os contatos realizados para a LSP, verifica-se que 37,5% dos contatos necessitaram de encaminhamento, sendo que 62,5% não necessitaram de qualquer encaminhamento. Assim se denota a importância deste tipo de atividade desenvolvida pelos enfermeiros no sentido do aconselhamento mais adequado em questões de saúde, ajudando-o a tomar decisões mais adequadas;

Gráfico nº 8 - Distribuição do tipo de encaminhamento efetuado pelos enfermeiros da LSP no ano 2013



Fonte: Relatório LSP, 2014

Em suma, os principais motivos de contacto em 2013 predem-se com informação relativa às taxas moderadoras, a doenças infecciosas e parasitárias, interrupção voluntária da gravidez, vacinação, viagem entre outras. Por outro lado, nos atendimentos telefónicos os cuidados prestados registam elevada atividade classificada como aconselhamento no que se refere a adequabilidade dos comportamentos a adotar perante a situação descrita, com especial destaque para a prevenção de doenças contagiosas ou risco de contágio, alimentação e nutrição, adequação ao meio, entre outras. Importa ainda referir o encaminhamento realizado pelos enfermeiros no juízo da situação descrita, permitindo dizer que na maioria das situações após o aconselhamento não se considera necessário o encaminhamento, ainda assim cerca de 15% das situações foram encaminhadas para centro de saúde, cerca de 7% para o médico assistente e apenas 4% para o hospital.

Durante o estágio na LSP podemos constatar, a título de conclusão, que as principais mais-valias da LSP são:

- A personalização no atendimento do cidadão com informação e aconselhamento em questões de saúde, ajudando-o a tomar decisões mais adequadas;

- A promoção da acessibilidade aos profissionais de saúde com redução do tempo de espera;
- A operacionalização de diretivas da DGS com sistematização de procedimentos através de protocolos de atuação;
- A constituição de uma rede pluridisciplinar e/ou inter-institucional que estrutura as respostas aos problemas de saúde e assegura o suporte de boas práticas do atendimento dos agentes de linha; A contribuição para o reforço na gestão da vigilância epidemiológica

2 - CONSULTA DE ENFERMAGEM POR ATENDIMENTO TELEFÓNICO

O aconselhamento e encaminhamento de pessoas que, ao percecionarem os seus problemas de saúde, recorrem ao contacto telefónico, com vista ao atendimento por enfermeiros, é um novo fenómeno de prestação de cuidados à pessoa em contexto comunitário. Esta modalidade de consulta de enfermagem constitui-se um foco de interesse, no âmbito da disciplina de enfermagem, concretamente no que se refere ao domínio das intervenções decorrentes do enfermeiro especialista em saúde comunitária tal como decorre do exposto no regulamento da especialidade “A enfermagem comunitária e de saúde pública desenvolve uma prática globalizante centrada na comunidade (...) em novas necessidades de saúde, (...) com ênfase na capacidade de resposta na resolução dos problemas colocados pelos cidadãos no sentido de formar uma sociedade forte e dinâmica.” (Portugal, 2011).

As intervenções qualificadas de enfermagem de informação, aconselhamento e ensino por consulta telefónica requerem, assim, o desenvolvimento específico de competências de comunicação e relação interpessoal que vão muito além da utilização de um sistema informático de apoio à decisão (Ledlow, Dan O’Hair e Moore, 2009).

No atendimento telefónico de enfermagem a linguagem verbal está circunscrita às palavras orais, ao tom e à inflexão da voz, assim, a forma daquilo que se comunica é quase tão importante como aquilo que se comunica (Granapathy e Ravindra, 2011) e os enfermeiros, decorrente da sua formação, e em particular os especialistas de saúde comunitária desenvolvem a capacidade de escuta, de empatia e confiança junto daqueles que cuidam pois o exercício profissional da Enfermagem centra-se na relação interpessoal e na parceria estabelecida entre um enfermeiro e uma pessoa/família/comunidade, no pleno respeito pelas suas capacidades (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

Em Portugal o atendimento telefónico realizado por enfermeiros é designado por Centro de Atendimento do Sistema Nacional de Saúde (SNS), “Linha de Saúde 24”, na qual se inscreve a “Linha de Saúde Pública” e consiste num “serviço de saúde vocacionado para informar, aconselhar e encaminhar corretamente o utente na rede do SNS, de uma forma rápida, simples, credível, consistente e confidencial” através do número único

nacional (808 24 24 24) com custo de chamada local (Gomes, 2009:3). Este serviço constitui assim uma forma de atendimento de proximidade à população com vista à informação de cuidados de saúde de fácil acesso com recursos às Tecnologias de Informação e Comunicação aplicadas à saúde (Parra et al, 2007). Por outro lado, contribui para uma otimização dos recursos de saúde no sentido em que: reduz as idas desnecessárias às urgências; encaminha o cidadão para a unidade; melhora a proximidade dos cuidados com garantia de qualidade pelo rigor clínico dos algoritmos e permite antecipar e responder a ameaças de Saúde Pública (Gomes, 2009).

Vários estudos têm demonstrado que o atendimento telefónico em saúde, quando realizado por enfermeiros, não só adequa a referenciação do doente no sistema, evitando custos de uma utilização de serviços desadequada face às reais necessidades do doente, com também potência a autonomia dos doentes e melhora o primeiro nível de cuidados: o auto-cuidado. (Granapathy e Ravindra, 2011) (Kumar, 2011).

Para vários autores a consulta de enfermagem com recurso ao atendimento telefónico (tradução livre dos autores de “Telenursing”) é um novo ramo da disciplina de enfermagem que, pela sua atuação de proximidade através de dispositivos telefónicos ou telemáticos, deve ser disseminado e cultivado pois tem demonstrado incrementar o auto-cuidado ao mesmo tempo que apresenta inúmeras vantagens económicas e financeiras (Holmström, 2007).

Assim sendo o centro de atendimento representa para muitos enfermeiros uma nova e interessante oportunidade profissional integrada no serviço nacional de saúde em que a comunicação por contacto telefónico é percecionada como a tarefa central, com o objetivo de proporcionar o melhor conselho possível (Knowles, O’Cathain, Morrell, Munro & Nicholl, 2002; Strom, Marklund & Hildingh, 2006; Larsen, 2005).

No centro de atendimento os enfermeiros têm de, perante a situação problema apresentada, estabelecer uma relação de proximidade com os doentes, para que os mesmos veiculem as informações mais relevantes para a resolução/orientação da situação em causa, tomar decisões sistémicas, sistemáticas e incorporar os resultados da investigação na sua prática (Ordem dos Enfermeiros, 2012). Aos enfermeiros é exigido um conhecimento especializado para, no âmbito do processo de enfermagem, conseguirem fazer um diagnóstico, encontrar as intervenções mais adequadas e transmitir toda a informação, aconselhamento ou ensino de forma clara e efetiva (Kumar, 2011).

3 – ENFERMEIROS DA LSP – ABORDAGEM ECO SISTEMICA NO DESENVOLVIMENTO DE ATIVIDADES

A atividade laboral é, atualmente, uma componente preponderante no desenvolvimento de atividades quotidianas, vivendo-se grande parte da nossa vida em contexto de trabalho. “O trabalho ocupa, na vida dos seres humanos, papel fundamental, pois é através dele que podemos atingir satisfação, realização pessoal e projetarmo-nos no mundo” (Gomes, 2006, p. 93). O desenvolvimento da atividade profissional não se constituiu apenas como um modo de subsistência, mas também uma forma de inserção social, integrando a forma como a pessoa se vê e como é entendido socialmente tendo em conta os seus objetivos no desenvolvimento das suas atividades profissionais, podendo refletir a forma como este executa o seu trabalho. Se por um lado a atividade laboral, pode em algumas situações constituir-se, por exemplo um de deterioração física, pode por outro constituir-se como fator de equilíbrio e de desenvolvimento pessoal, sendo nesta conjugação que muitas vezes os indivíduos encontram soluções favorecedoras tanto à produção como à saúde (Dejours, 1980).

A enfermagem enquanto profissão, também se pode apresentar como fonte de prazer proporcionando ao trabalhador o desenvolvimento das suas potencialidades humanas, favorecendo a sua satisfação profissional (Trevisan, 2002). O enfermeiro tendo em conta as suas competências e autonomia técnica científica, desenvolve intervenções requeridas pelo indivíduo, família ou comunidade no âmbito da promoção da saúde, prevenção da doença, do tratamento, reabilitação e da adaptação funcional (artigo 9 alínea b) DR nº 184 22 Setembro 2009 1ª Série)

Assim, no sentido da realização do diagnóstico de situação, teremos por fio condutor a metodologia científica do processo de enfermagem aplicado à comunidade como cliente (Stanhope e Lancaster, 2011) e como modelo teórico orientador, o modelo teórico de Betty Neuman, pois numa dimensão multidimensional dirige-se à unidade total, a qual pode ser usada para descrever um indivíduo, um grupo ou uma comunidade (Neuman, 1995), conciliado com os pressupostos mais abrangentes do modelo bioecológico de desenvolvimento de Bronfenbrenner (1997).

A estrutura proposta por Betty Neuman constitui-se basicamente num modelo de sistemas abertos, representada graficamente por um diagrama que inclui stressores, a reação aos stressores e a reação à unidade total, sempre numa interação com o ambiente externo. Centra-se assim no stress e na reação do sistema face ao mesmo, visando a diminuição dos efeitos deste sobre a saúde. Integra os seguintes conceitos: estrutura básica do núcleo, que compreende os recursos fisiológicos, psicológicos, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais; linhas de resistência que rodeiam a estrutura básica e que representam os factores internos que ajudam na defesa contra os agentes stressantes; linha normal de defesa e linha flexível de defesa que se referem, respectivamente, ao estado adaptativo normal e à barreira protectora dinâmica que evita que os agentes stressantes perpassem a linha de defesa do núcleo.

Contextualizando sucintamente no nosso estudo e particularmente na nossa população alvo – enfermeiros que desenvolvem a sua atividade profissional na Linha de Saúde Pública, considerámo-los como centro do nosso interesse de acordo com Neuman (1995), sendo de considerar intersistemicamente o cuidar dos mesmos enquanto grupo populacional que detêm em conjunto uma ou mais características pessoais ou ambientais, tendo sempre em conta as dimensões fisiológicas, psicológicas, de desenvolvimento, socioculturais e espirituais enquanto contexto intrasistémico. Os stressores caracterizados por serem condições capazes de causar instabilidade na relação enfermeiro-ambiente de trabalho são influenciados por diferentes variações socioculturais ou biológicas, como capacidades físicas ou psicológicas. De acordo com estas variações as linhas de resistência que envolvem o enfermeiro confrontar-se-ão com os stressores; as linhas mais externas, as de defesa.

Considerando os enfermeiros que desenvolvem atividades num contexto específico – LSP, como sistema ativo no seu processo de cuidados pressupõe à partida que todos os sistemas que com eles interagem proporcionam e contribuem para as readaptações necessárias, face a desequilíbrios (stressores) que permanentemente poderão colocar em risco a sua qualidade de vida e bem estar. Ou seja é necessário conhecer e compreender a existência de linhas normais de defesa que se encontrem ativas e que proporcionem esse reequilíbrio. Tendo em conta a operacionalização deste modelo torna-se fundamental analisar os contextos intra, inter e extrasistémicos no sentido da determinação dos stressores, assim como para avaliar a força das suas linhas de resistência face aos stressores e a sua capacidade de readaptação se necessária.

Nesta mesma linha de pensamento sistémico, Bronfenbrenner considera o contexto no qual as pessoas se desenvolvem constituído por uma série de sistemas funcionais ou estruturas concêntricas e encaixadas umas nas outras, considerando como essencial a forma como o indivíduo compreende o contexto em que atua e se desenvolve. Distingue-se diferentes sistemas contextuais (Bronfenbrenner e Morris, 1999):

Microsistema: Padrão de atividades, papéis sociais e relações interpessoais experimentados pela pessoa em desenvolvimento num dado ambiente face-a-face com características físicas, sociais e simbólicas particulares;

Mesosistema: Inclui as interligações e processos que acontecem entre dois ou mais ambientes que contém a pessoa em desenvolvimento. É focada atenção especial nos efeitos sinérgicos criados pela interação instigativa do desenvolvimento ou características inibitórias e os processos presentes em cada ambiente.

Exossistema: Envolve as ligações e os processos que têm lugar entre dois ou mais ambientes, sendo que pelo menos um deles não contenha a pessoa em desenvolvimento, mas no qual acontecem eventos que podem influenciar processos dentro do ambiente imediato que contém a pessoa.

Macrossistema: Padrão externo de microsistemas, mesossistemas e exossistemas característicos de uma determinada cultura, sub-cultura ou outro contexto social maior, com um particular referencial desenvolvimentista-investigativo para o sistema de crenças, recursos, riscos, estilos de vida, estruturas, oportunidades, opções de vida e padrões de intercâmbio social que estão incluídos em cada um desses sistemas

Cronossistema: corresponde à dimensão temporal no contexto da vida. Partindo do parâmetro temporal em termos individuais, pode-se afirmar que uma dada situação em diferentes contextos têm significados e importância diferentes nas diferentes idades das pessoas.

Considerando que existe um paralelismo claro entre a abordagem e perspectiva de Betty Neuman, no que se refere às relações do indivíduo com o seu meio e a perspectiva ecológica de Bronfenbrenner, estabelecemos um paralelismo entre os mesmos (Figura nº 2), no sentido da integração sinérgica e potenciadora das perspetivas de ambos no contexto específico do nosso estudo.

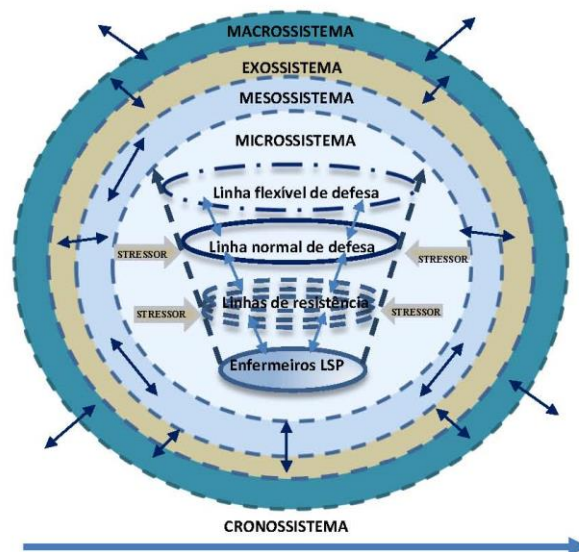


Figura nº 2 - Paralelismo entre a teoria sistêmica de Bronfenbrenner e Modelo Teórico de Betty Neuman; Adaptado de Bronfenbrenner e Morris, 1999 e Betty Neuman, 1995

Assim, todas estas relações e interações de um grupo de indivíduos, neste caso de um grupo de enfermeiros com o seu meio, ocorrem num determinado espaço temporal, denominado de cronosistema, não podendo deixar de realçar a inter relação entre todos os sistemas uns com os outros, assim como os stressores a que estão sujeitos assim como as linhas de defesa enquanto recurso de reequilíbrio do sistema.

Como modelos sistémicos que são, compreendem os stressores e a reação aos mesmos e à unidade total, interagindo ativamente com o ambiente que os rodeia, adaptando-se claramente à visão multidimensional pretendida com a realização deste estudo, com possibilidade de intervenção a diferentes níveis de prevenção da história natural da doença.

O enfermeiro que trabalha com e para a comunidade promove os processos de readaptação, educando e ajudando a gerir melhor os recursos internos e externos não só da pessoa, mas também da família e comunidade.

4 - AS COMPETÊNCIAS DE ENFERMAGEM DOS ENFERMEIROS DA LSP

A tomada de decisão do enfermeiro implica uma abordagem sistémica, sistemática e baseada na evidência de modo a que a identificação das necessidades de cuidados de Enfermagem da pessoa individual/grupo/família e/ou comunidade permita a adequada prescrição de intervenções promotoras da minimização do risco clínico.

As mudanças no perfil demográfico, nos indicadores de morbilidade e a emergência das doenças crónicas traduzem -se em novas necessidades de saúde, tendo sido reconhecido, nos últimos anos, o papel determinante dos enfermeiros especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública (OE, 2012).

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, atendendo ao seu percurso formativo, desenvolve competências para:

- participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública;
- desenvolver programas e projetos de intervenção com vista à capacitação e “empowerment” das comunidades;
- conceber projetos de saúde colectiva e de exercício da cidadania.

Considerando que o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública se responsabiliza-se por identificar as necessidades dos indivíduos/famílias e grupos de determinada área geográfica;

Considerando ainda que o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública assegura a continuidade dos cuidados, estabelecendo as articulações necessárias, desenvolvendo uma prática de complementaridade com a dos outros profissionais de saúde e parceiros comunitários num determinado contexto social, económico e político.

Elaboramos uma tabela exemplificativa da relação observada, aquando do ensino clínico para diagnóstico de comunidade, das competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública e as competências dos enfermeiros da Linha Saúde Pública, a saber:

Os Resultados das Intervenções de Enfermagem na Linha Saúde Pública

Quadro nº 1 – Competências dos enfermeiros da LSP tendo em conta as competências do EEEEC e de saúde pública

Competências do EEEEC e de saúde pública	Competências dos enfermeiros da Linha Saúde Pública
Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade	<ol style="list-style-type: none"> 1. Analisa que determinantes da saúde podem influenciar o diagnóstico em saúde de uma pessoa/grupos ou comunidade. <ul style="list-style-type: none"> • Durante a entrevista, se necessário, são feitas questões sobre variáveis sócio-demográficas • Identifica as necessidades em saúde de pessoa/grupos ou comunidade e estabelece o nível de prioridades. • Através da técnica de escuta ativa e de questões semi-dirigidas estabelece a rede de causalidade dos problemas de saúde em articulação com o coordenador nacional. 2. Define o perfil de saúde da pessoa/grupo e comunidade bem como o seu grau de risco para eventuais situações problema. <ul style="list-style-type: none"> • Utiliza indicadores de saúde e orientações da DGS na determinação de problemas de saúde. • Periodicamente são analisados e divulgados os dados recolhidos, durante os atendimentos telefónicos de enfermagem, de caracterização da população por regiões, que para além de poderem ser divulgados servem para avaliar e acompanhar o perfil de saúde da comunidade. 3. Concebe, planeia, promove a implementação e avalia intervenções para problemas de saúde pública complexos atendendo aos recursos disponíveis, aos protocolos definidos pela DGS e às orientações estratégicas das políticas de saúde. <ul style="list-style-type: none"> • Os enfermeiros da LSP disponibilizam informação baseada na evidência científica ao cidadão para que possa melhor decidir sobre a sua situação/problema e aos responsáveis organizacionais e políticos para que melhor suportem as suas decisões em saúde. • Os enfermeiros da LSP sistematizam informação, sobre a forma de indicadores saúde relevantes ao diagnóstico de saúde e divulgam-na entre pares e na comunidade. • Associado ao atendimento e à procura, e sempre que se justifique, esclarece ou define o perfil de saúde de uma comunidade e articula as intervenções com o delegado de saúde (ou com a Autoridade de Saúde Nacional).

Quadro nº 1 – Competências dos enfermeiros da LSP tendo em conta as competências do EEEEC e de saúde pública (Cont.)

Competências do EEEEC e de saúde pública	Competências dos enfermeiros da Linha Saúde Pública
Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades e estabelece as prioridades em saúde de uma comunidade	<p>4. Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades através de informação específica elaborada por peritos da DGS e organizada em protocolos de atuação.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Os enfermeiros da LSP, no atendimento telefónico, lideram processos de capacitação de grupos e comunidades, na consecução de projetos de saúde aos diversos níveis, nomeadamente nos estilos de vida saudável ou na prevenção de comportamentos de risco. • São referência como pontos focais de informação e integram, nos processos de tomada de decisão, as orientações específicas dos programas nacionais prioritários ou, globalmente, do Plano Nacional de Saúde • Os enfermeiros da LSP participam, em parceria com as instituições da comunidade e da rede social e de saúde, em projetos de intervenção comunitária dirigida a grupos com maior vulnerabilidade, nomeadamente, na área da SIDA, IST, Tabaco, IVG, comportamentos em situação de temperaturas extremas, entre outros. <p>5. Integra, nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas e modelos de educação, procurando adequar a intervenção aos contextos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dada a especificidade do cuidado de enfermagem, através de meios telefónicos, os enfermeiros da LSP têm que desenvolver conhecimentos, competências e técnicas de comunicação e persuasão em saúde capazes de, através de modelos e estruturas conceptuais do âmbito da promoção e educação para a saúde, promover o adequado aconselhamento, mudança de comportamento ou orientação do cidadão ou do profissional de saúde. • Concebe, coordena, dinamiza e avalia intervenções no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde em diferentes contextos. <p>Gere as chamadas de seguimento de acordo com a prioridade ou necessidade de monitorização da situação.</p>

Os Resultados das Intervenções de Enfermagem na Linha Saúde Pública

Quadro nº 1 – Competências dos enfermeiros da LSP tendo em conta as competências do EEEEC e de saúde pública (Cont.)

Competências do EEEEC e de saúde pública	Competências dos enfermeiros da Linha Saúde Pública
Formula objectivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas.	<p>6. Participa na promoção, implementação e monitorização das actividades constantes dos Programas de Saúde conducentes aos objectivos do Plano Nacional de Saúde.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toda a atividade dos enfermeiros LSP é dirigida a domínios prioritários do Plano Nacional de Saúde como sejam a prevenção e controlo das doenças, a cessação tabágica, aconselhamento em IVG, promoção de estilos de vida saudáveis, com o aconselhamento sobre alimentação, atividade física e proteção em situações de ondas de calor, entre outros) <p>Os enfermeiros da LSP colaboram ativamente na elaboração de protocolos de intervenção, definidos pela DGS, introduzindo assim elementos de aperfeiçoamento na implementação e monitorização dos programas de saúde.</p>
Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico e Estabelece programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.	<p>7. Procede à vigilância epidemiológica dos fenómenos de saúde-doença que ocorrem a nível nacional (p.e., gripe pandémica) ou numa determinada área geodemográfica (p.e., Dengue na Madeira).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Os enfermeiros da LSP participam na conceção de instrumentos de colheita de dados e utilizam instrumentos de registo específicos na vigilância epidemiológica. • Sistematizam indicadores necessários à elaboração do perfil epidemiológico de uma área geodemográfica. • Monitoriza os fenómenos de saúde-doença da população com vista ao estabelecimento de uma evolução prognóstica, informando o Coordenador nacional de eventuais situações anómalas e “bizarras”. • Otimiza e maximiza os recursos necessários à consecução das diferentes atividades inerentes aos protocolos de intervenção, em articulação com as autoridades locais de saúde, a autoridade nacional de proteção civil, o INEM, e os serviços de saúde, sob orientação da DGS. • Participa nos processos inerentes à vigilância da saúde ambiental, atuando em situações de bruscas alterações climáticas, movimentação de poeiras, etc. • Disponibiliza, sempre que necessário, informação normativa e informação do atendimento telefónico para apoio nas decisões em saúde dos responsáveis organizacionais ou políticos.

Os Resultados das Intervenções de Enfermagem na Linha Saúde Pública

Quadro nº 1 – Competências dos enfermeiros da LSP tendo em conta as competências do EEEEC e de saúde pública (Cont.)

Competências do EEEEC e de saúde pública	Competências dos enfermeiros da Linha Saúde Pública
Avalia programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.	<p>8. Monitorizam a efetividade do atendimento e aconselhamento efetuado como mecanismo de avaliação dos ganhos em saúde da comunidade.</p> <ul style="list-style-type: none">• Registam a informação recolhida no atendimento telefónico que, após tratamento estatístico, será disponibilizada para eventual tomada de decisão na DGS. <p>Reformula os objetivos ou propõe alterações com base na avaliação e variação das situações apresentadas.</p>

5- DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM À COMUNIDADE – ENFERMEIROS LSP

O diagnóstico de situação de saúde de uma comunidade, fiável e atualizado integra o processo de Planeamento em Saúde e tem que anteceder qualquer intervenção, pois se assim não for, o resultado da mesma pode ser desadequado ou insuficiente. A realização de diagnóstico de situação de saúde identifica problemas de saúde, determina necessidades em saúde, identifica precursores e consequências dos problemas e faz a avaliação prognóstica desses mesmos problemas (Tavares, 1990).

Segundo Imperatori e Giraldes (1993), o desenho do planeamento em saúde deve conter três fases importantes: Elaboração do plano (que é composta pelo diagnóstico, a definição de prioridades, a fixação de objectivos, a selecção de estratégias, a elaboração de programas e projectos tendo em conta a limitação de recursos, e a preparação da execução); Execução e a Avaliação.

A etapa da realização do diagnóstico de saúde é considerada como dinâmica, ou seja a realização do diagnóstico, pressupõe o delinear de intervenções adequadas, sendo que a etapa de avaliação se irá ligar a um diagnóstico futuro, conduzindo a um conhecimento cada vez melhor da situação de forma cíclica. O diagnóstico é por assim dizer o ponto de partida ao qual iremos apelar para se medir a melhoria obtida (Imperatori & Giraldes, 1993).

O diagnóstico em saúde na comunidade como parte deste processo, identifica e caracteriza uma situação específica. Diagnosticar é analisar uma dada realidade com vistas a desenhar um quadro de necessidades e soluções.

A fase de diagnóstico deve ser alargada e incluir perspectiva do sector económico e social, identificando os principais problemas de saúde da comunidade e os seus factores determinantes, de forma a explicar as suas causas, ao mesmo tempo que deve ser suficientemente sucinto e claro de modo a ser facilmente apreendido por todos.

Enquanto enfermeiras para a realização deste diagnóstico de saúde na comunidade, norteamos a nossa abordagem, centrando-nos nas fases do processo de enfermagem na comunidade como cliente, que se iniciam com o estabelecimento do contrato/ parceria e incluem numa primeira fase a identificação do estado de saúde da comunidade, onde se

efetua colheita de dados no sentido do desenvolvimento de uma base de dados rica sendo estes alvo posterior de interpretação, conduzindo-nos à terceira fase do processo de enfermagem na comunidade – diagnóstico de enfermagem na comunidade (Stanhope e Lancaster, 2001). Seguem-se ainda o planeamento, a implementação, e a avaliação (figura nº 3), podendo esta remeter-nos para o início do processo, articulando-se todas as fases de forma cíclica

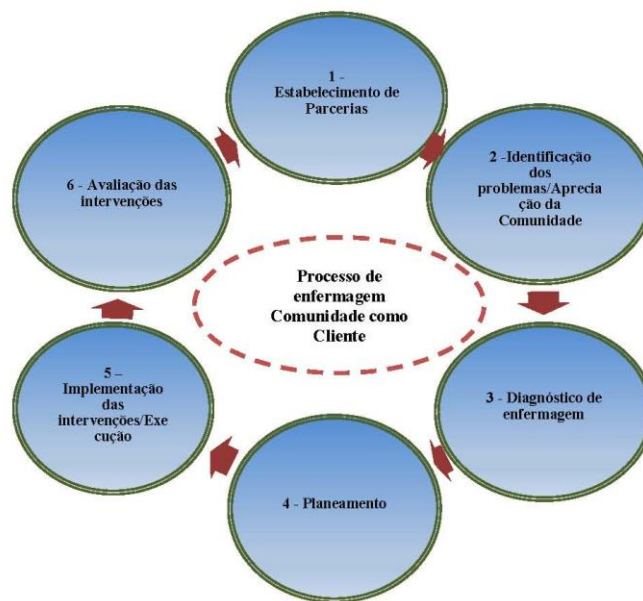


Figura nº 3 – Fases do Processo de Enfermagem Comunidade como cliente; Adaptado de Stanhope e Lancaster, 2011

Concluimos assim que, para que sejam atingidos os objetivos do planeamento em saúde de racionalização da utilização de recursos sem prejuízo da minimização dos problemas de saúde, considerados como prioritários numa determinada comunidade (Imperatori e Giraldes, 1993), a etapa do diagnóstico de saúde na comunidade constitui-se uma fase crucial do processo de planeamento devendo a mesma revestir-se de procedimentos rigoroso de avaliação multicausal dos determinantes da saúde que influenciam os

processos de saúde/doença de grupos e/ou comunidades, desenhando-se uma perspectiva de problemas/ necessidades e fatores condicionantes (O.E, 2012).

5.1 – FASE METODOLOGICA

Neste subcapítulo pretendemos apresentar as estratégias preconizadas na primeira etapa do planeamento em saúde justificando as decisões metodológicas utilizadas na formulação do diagnóstico da comunidade; sendo que este se quer suficientemente sucinto e claro de modo a ser atingível e apreendido por todos numa perspectiva sinérgica entre profissionais e comunidade potenciando a participação ativa das comunidades em tomadas de decisão que lhes dizem respeito em matéria de saúde.

5.1.2 – Metodologia

A metodologia científica constitui-se como um conjunto de métodos e de técnicas que guiam a operacionalização do processo de investigação científica (Fortin, 2009).

Neste capítulo pretende-se enunciar os métodos, estratégias e procedimentos segundo os quais se operacionalizará o diagnóstico das necessidades/ problemas sentidos pelos enfermeiros que desenvolvem a sua atividade no atendimento da linha de saúde pública, propondo-nos delinear o desenho do estudo, caracterizar os enfermeiros da Linha de Saúde Pública – população alvo, métodos de colheita e análise de dados e procedimentos éticos a estes associados.

5.1.3 – Desenho do estudo

Dado que o nosso estudo se situará na realização de diagnóstico de situação, onde caracterizamos, descrevemos e analisamos fatos para a identificação de problemas/ necessidades, enunciado que se situa segundo Fortin (2009) ao nível da hierarquia de conhecimentos, que corresponde à exploração de fenómenos, considerámo-lo como descritivo e exploratório (Gil, 2008).

A pesquisa descritiva observa, regista e analisa factos e fenómenos sem os manipular, na procura com a maior precisão possível da frequência com que um fenómeno ocorre e a sua relação e conexão com outros (Cervo et al, 2007).

Constituir-se-á também como um estudo transversal na medida em que se realizará num momento determinado e delimitado, “fotografando” a realidade, tendo como objetivo principal o aprofundamento de ideias e descoberta de novos dados (Gil, 2008)

5.1.4 – População em estudo

Uma população é definida por Fortin, como “*uma coleção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios*” (2009, p.202). É necessário definir-se de forma precisa a população a estudar e, consequentemente, os elementos que a constituem.

A população alvo concretiza-se nos 75 enfermeiros que desenvolvem atividades na Linha de Saúde Pública da Direção-Geral de Saúde, pelo que não será selecionada amostra, pois considera-se toda a população acessível (Fortin, 2009), conseguindo diagnosticar e validar com todos as suas necessidades/ problemas face ao desenvolvimento das suas atividades no atendimento da linha telefónica, pelos diferentes métodos e vias de comunicação que especificaremos de seguida.

5.1.5 – Método de colheita e análise de dados

Os métodos de colheita de dados para apreciação da comunidade envolvem estudos, entrevistas a informantes chave, entre outros adaptados face ao objetivo do estudo e tipo de informação a ser recolhida.

Numa fase inicial do estudo com objetivo da caracterização global da organização funcionamento da LSP recorremos a entrevista a informante chave (Anexo 4), selecionando o coordenador da unidade de apoio ao centro de atendimento do SNS, como elemento privilegiado para este fim (Quivy e Campenhoudt, 2005; Costa, 1986). Com o mesmo objetivo planeamos ainda momentos de acompanhamento com enfermeiros da LSP aquando do atendimento.

Com a realização de RSL¹, não foi identificado um instrumento de colheita de dados que se relacionasse com colheita de dados a enfermeiros que fazem atendimento a utentes por

¹ Revisões sistemáticas da literatura efetuadas no âmbito da avaliação da UC Enfermagem Comunitária do 4º CPLEEC

linha telefónica, no âmbito do diagnóstico das suas necessidades ou problemas no desenvolvimento da atividade profissional. Assim, foi necessário o desenvolvimento de um instrumento de colheita de dados, que permita concomitantemente a caracterização do grupo-alvo e identificação das suas necessidades/ problemas face ao desenvolvimento da sua atividade profissional na LSP, no sentido da sua otimização.

A utilização de um inquérito sob a forma de questionário constituído por questões fechadas permite analisar os conteúdos a abordar, permite a confidencialidade e anonimato e facilita a análise dos dados, podendo as questões dizer respeito à situação social, profissional ou familiar sendo dado relevo às suas opiniões e expectativas (Quivy e Campenhoudt, 2005). O objetivo de um inquérito pode ser definido como uma interrogação particular acerca de uma situação englobando indivíduos, com o objetivo de generalizar (Ghiglione e Matalon, 2001).

O questionário foi elaborado tendo como organizador o modelo teórico de Betty Neuman, assumindo como principais dimensões os contextos intrassistémico, intersistémico e extrasistémico, assim como os objetivos da LSP (Anexo 5). O contexto intrassistémico inclui variáveis fisiológicas e psicológicas subdivididas respetivamente em quatro e três questões dicotómicas e uma questão aberta. Os restantes contextos integram dez questões de escolha múltipla e seis dicotómicas. A nossa decisão da construção do questionário tendo em conta estas dimensões preconizadas no modelo teórico de Betty Neuman (1995), deve-se ao fato de este ser um modelo que se adequa à prática de enfermagem comunitária pois “ênfatiza uma abordagem da prática holística na qual qualquer parte do sistema ou subsistema pode organizar-se como um todo interrelacionado que idealmente funciona como um sistema global” (Neuman, 1995, p. 410).

A validação do questionário, com o objetivo de determinar a clareza e precisão dos termos, necessidade da sua revisão, congruência nas questões elaboradas ou necessidade de alteração da formulação das mesmas foi efetuada com recurso à aplicação do questionário a *enfermeiros sentinela*, enfermeiros que atualmente não estão no atendimento da LSP, mas já integraram e/ou poderão integrar a equipa novamente a qualquer momento se for necessário, considerando assim que detêm a informação necessária relativa ao contexto e tema em estudo.

Divulgámos, inicialmente, os objetivos e metodologia do nosso estudo à população alvo, por intermédio do chefe de equipa da unidade de apoio ao centro de atendimento do SNS, utilizando a via *email*, que se constituiu como o recurso mais rápido e eficaz de comunicação com os mesmos, dado a sua dispersão geográfica, sendo esta também a via

preconizada para o envio do questionário a todos os participantes do estudo. Sendo esta seleção da forma e via de comunicação com os enfermeiros da LSP validada com o chefe de equipa da unidade de apoio ao centro de atendimento do SNS.

Após a aplicação dos questionários aos enfermeiros o tratamento dos dados será processado recorrendo ao programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS), com posterior análise descritiva.

5.1.6 – Procedimentos éticos e formais

A conduta ética abarcou todas as etapas do desenvolvimento do nosso estudo (ICN, 2007), tendo especial relevo na aplicação das diferentes técnicas de colheita de dados mencionadas anteriormente e em especial:

- Fornecimento aos enfermeiros de todas as informações solicitadas e necessárias para a compreensão do objetivo do estudo para posterior decisão da aceitação ou não da sua participação – consentimento informado;
- Garantia do anonimato e confidencialidade das informações dadas pelos mesmos;
- Esclarecimento aos enfermeiros de que são livres de abandonar o estudo quando o desejarem, sem que daí advenha qualquer prejuízo.

Neste âmbito, no tratamento dos dados comprometemo-nos a que estes sejam analisados com rigor e isentos de juízos de valor, confrontando-os com o produzido por outros autores (Nunes, 2013).

Se a divulgação dos resultados ultrapassar o âmbito académico, só identificaremos a instituição contextual do estudo, após a sua autorização formalmente expressa.

5.2 – FASE EMPÍRICA

Neste subcapítulo referirmos à forma como executamos o plano definido na fase metodológica, referindo como recolhemos, tratamos e interpretamos os dados, assim como a forma de divulgação dos mesmos à população alvo – validação.

5.2.1 – Colheita de dados

A colheita de dados ocorreu no período de 31 janeiro a 7 de fevereiro de 2014. Criamos um questionário recorrendo ao *Google docs*, no sentido do preenchimento *online* pelos enfermeiros da LSP, sendo esta a via mais facilitadora e rápida de contato com toda a nossa população alvo, segundo o nosso informante chave como referimos anteriormente.

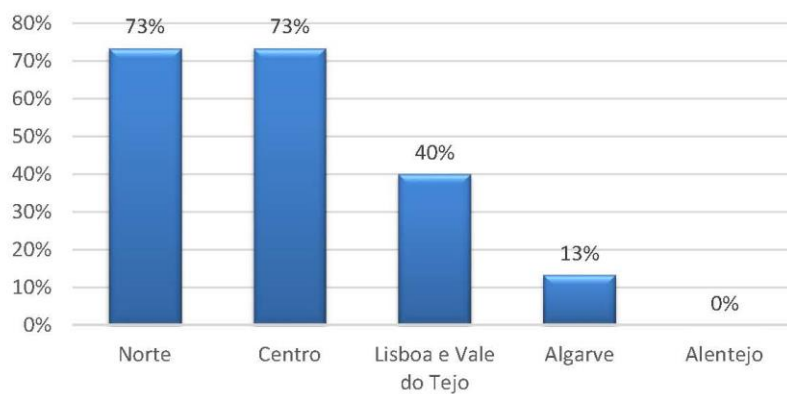
5.2.2 – Apresentação e discussão dos resultados

O presente capítulo pretende apresentar os resultados obtidos da aplicação do questionário que permitirá a realização do diagnóstico de situação na comunidade dos enfermeiros da Linha de Saúde Pública. Os resultados serão apresentados em função do contexto que integram, de acordo com o modelo de Betty Neuman, contexto intrassistémico, intersistémico e extrassistémico.

Na análise das respostas ao questionário realizado com vista ao diagnóstico de situação na comunidade cuja população é constituída pelos enfermeiros da Linha Saúde Pública (75 enfermeiros em Portugal Continental) responderam 30 enfermeiros, o que corresponde a uma taxa de resposta global de 40%.

O gráfico nº 9 permite observar a taxa de resposta regional, sendo que os enfermeiros da região Norte e Centro revelaram maior adesão que os restantes enfermeiros das outras três regiões (73% dos enfermeiros responderam o que corresponde a 11 enfermeiros por região sabendo que exercem funções na Linha de Saúde Pública 15 enfermeiros/região). Note-se que os enfermeiros da região de Lisboa e Vale do Tejo apresentaram uma adesão de 40% (6), seguidos pelo Algarve (13%, 2 enfermeiros) e que nenhum enfermeiro que exerce funções na Linha de Saúde Pública na região do Alentejo respondeu ao questionário enviado

Gráfico nº 9 - Distribuição das respostas ao questionário de acordo com a residência dos enfermeiros (região)



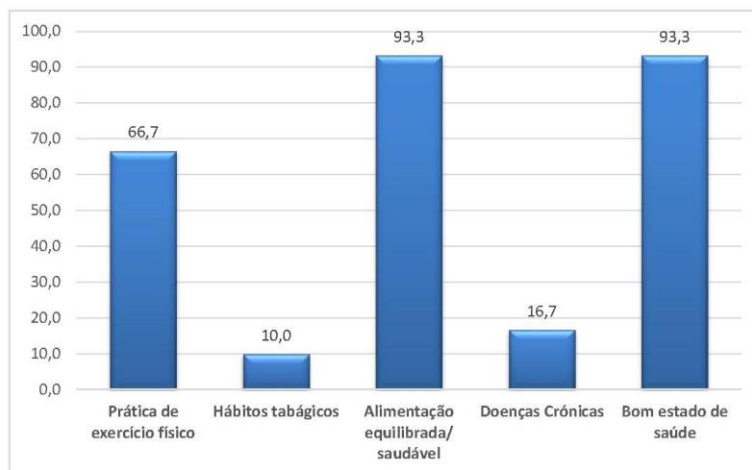
CONTEXTO INTRASSISTÉMICO

No que se refere ao contexto intrassistémico o questionário permitiu a caracterização da população relativamente às características fisiológicas, psicológicas e de desenvolvimento.

Características Fisiológicas

A análise dos resultados obtidos permitiu verificar que 66,7% (20) dos inquiridos pratica exercício físico, 10% (3) referiu hábitos tabágicos, 93,3% (28) referiu uma alimentação equilibrada, 16,7% (5) referiu apresentar doença crónica e 93,3% (28) percebe que se encontra em bom estado de saúde.

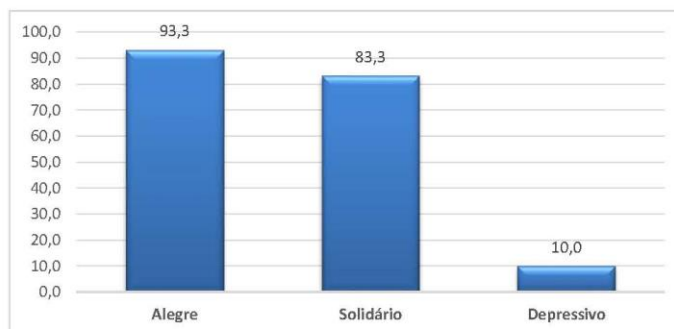
Gráfico nº 10 - Caracterização da população dos enfermeiros da Linha de Saúde Pública de acordo com as características fisiológicas



Características Psicológicas

No que se refere às características psicológicas os resultados permitiram verificar que 93,3% (28) dos inquiridos se percecionam alegres, 83,3% (25) se percecionam solidários mas que 10% (3) se percecionam depressivos.

Gráfico nº 11 - Caracterização da população dos enfermeiros da Linha de Saúde Pública de acordo com as características psicológicas



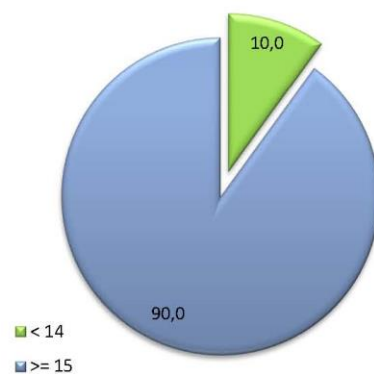
Os Resultados das Intervenções de Enfermagem na Linha Saúde Pública

Características de Desenvolvimento

A totalidade dos enfermeiros inquiridos (100%) exerce a sua atividade principal em Cuidados de Saúde Primários.

Os resultados referentes ao número de anos experiência de profissional de enfermagem permitiram verificar que a quase totalidade da população inquirida (90%, 27 enfermeiros) tem 15 anos ou mais de experiência profissional como enfermeiro.

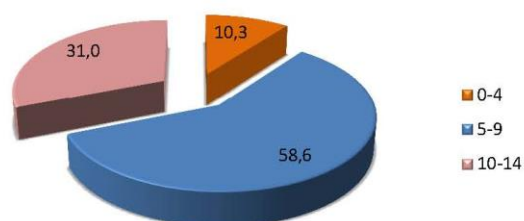
Gráfico nº 12 - Distribuição da população dos enfermeiros da Linha de Saúde Pública de acordo com o número de anos experiência de profissional de enfermagem



Os resultados referentes ao número de anos exercício profissional de enfermagem na Linha de Saúde Pública permitiram observar que apenas 10% (3) da população inquirida tem 4 anos ou menos de experiência profissional na Linha de saúde Pública, 90% tem 5 ou mais anos (27 enfermeiros), sendo que cerca de 60% tem 10 ou mais anos de experiência.

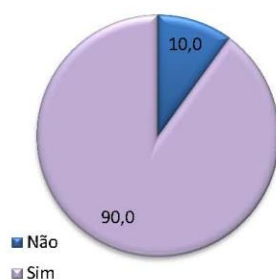
Os Resultados das Intervenções de Enfermagem na Linha Saúde Pública

Gráfico nº 13 - Distribuição da população dos enfermeiros da Linha de Saúde Pública de acordo com o número de anos experiência de profissional de enfermagem na Linha de Saúde Pública



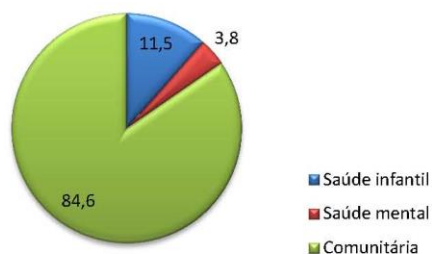
A análise dos resultados permitiu verificar que quase a totalidade dos enfermeiros inquiridos que exerce funções na Linha de Saúde Pública (90%, 27 enfermeiros) tem o grau de enfermeiro especialista.

Gráfico nº 14 - Caracterização da população dos enfermeiros da Linha de Saúde Pública em função da detenção do grau de enfermeiro especialista



No que se refere ao tipo de especialidade dos enfermeiros especialistas a análise dos resultados permitiu verificar que cerca de 85% (22) é especialista em Saúde Comunitária, 11,5% (3) em Saúde Infantil e 3,8% (1) em Saúde Mental.

Gráfico nº 15 - Caracterização da população dos enfermeiros da Linha de Saúde Pública em função do tipo de especialidade

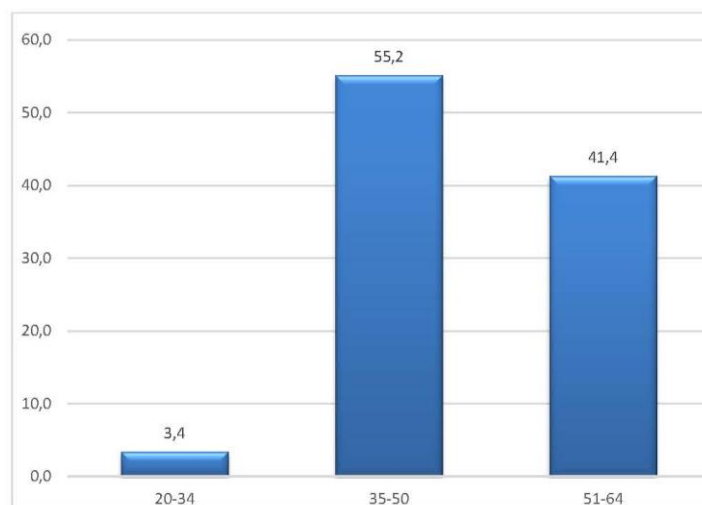


Características Socioculturais

Relativamente ao grupo etário a maioria da população inquirida tem idade compreendida entre os 35 e os 50 anos (55,2%, 16 enfermeiros) em que associada à população com idade entre os 51 e os 64 perfaz quase a totalidade da população (96,6%, 29 enfermeiros).

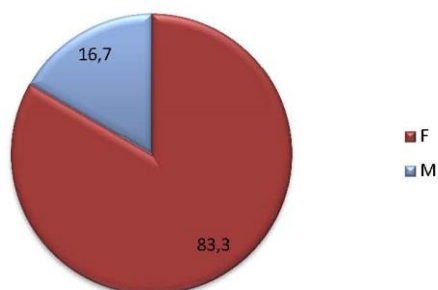
Gráfico nº 16 - Caracterização da população dos enfermeiros da Linha de Saúde Pública de acordo com o grupo etário

Os Resultados das Intervenções de Enfermagem na Linha Saúde Pública



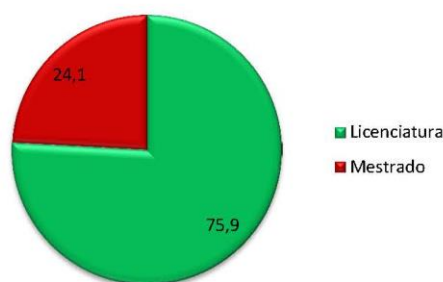
Os resultados revelaram que a grande maioria da população inquirida é do sexo feminino (83,3%, 25 enfermeiros).

Gráfico nº 17 - Caracterização da população dos enfermeiros da Linha de Saúde Pública de acordo com o sexo



No que se refere às habilitações académicas 24,1% (7) dos inquiridos tem o grau de mestre.

Gráfico nº 18 - Caracterização da população dos enfermeiros da Linha de Saúde Pública de acordo com as habilitações académicas



CONTEXTO INTERSISTÉMICO E EXTRASSISTÉMICO

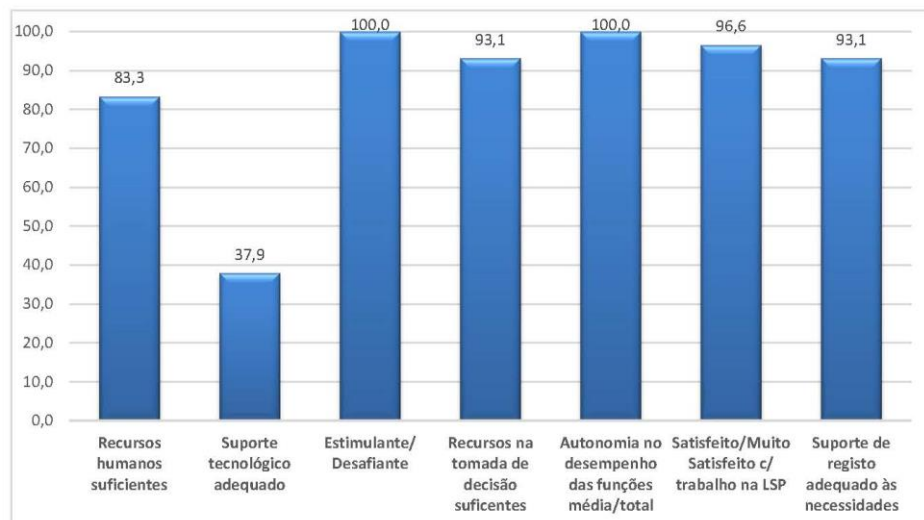
No que concerne ao contexto intersistémico e extrassistémico que corresponde à caracterização da perceção da população relativamente ao contexto do exercício profissional da Linha de Saúde Pública a análise dos resultados permitiu verificar que 83,3% (25) dos inquiridos considera que os recursos humanos são suficientes, 37,9% (11) considera o suporte tecnológico adequado, a totalidade dos inquiridos (100%) considera o trabalho estimulante/desafiante, 93,1% (27) considera que existem recursos suficientes para a tomada de decisão, a totalidade (100%) considera que tem autonomia média ou total no desempenho das suas funções e 93,1% (27) considera que o suporte de registo é adequado às necessidades.

A totalidade dos inquiridos considera vantajosa a utilização de procedimentos protocolados.

No que diz respeito à necessidade de adequação do suporte de registo os inquiridos que a referiram sugerem mais variáveis que permitam caracterizar melhor o encaminhamento, o relato de ocorrência e a identificação do cliente.

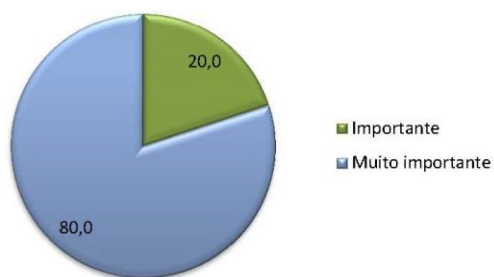
Os Resultados das Intervenções de Enfermagem na Linha Saúde Pública

Gráfico n° 19 - Caracterização da perceção da população relativamente ao contexto do exercício profissional na Linha de Saúde Pública



Relativamente à perceção da população quanto à avaliação da satisfação da população atendida a totalidade da população considera importante ou muito importante (100%, 30 enfermeiros) a referida avaliação.

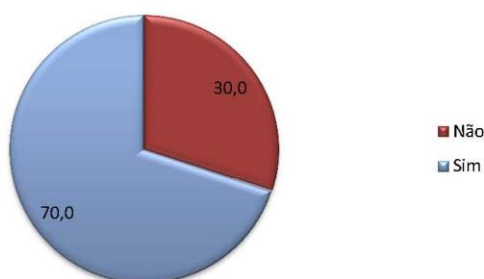
Gráfico n° 20 - Caracterização da perceção da população relativamente à avaliação da satisfação da população atendida



Relativamente à perceção da população quanto à informação da população (clientes) sobre este serviço ser adequada 70% (21 enfermeiros) da população considera adequada.

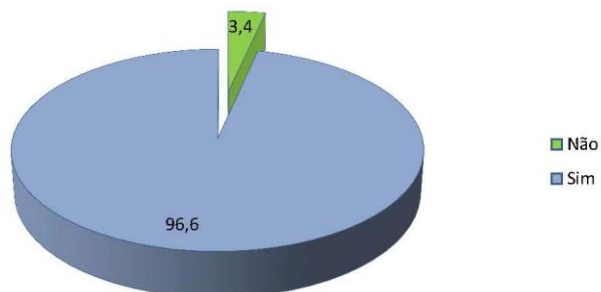
A totalidade dos inquiridos avalia como importante ou muito importante este serviço para a comunidade (77% muito importante).

Gráfico nº 21 - Caracterização da perceção da população relativamente à informação da população (clientes) sobre este serviço adequada



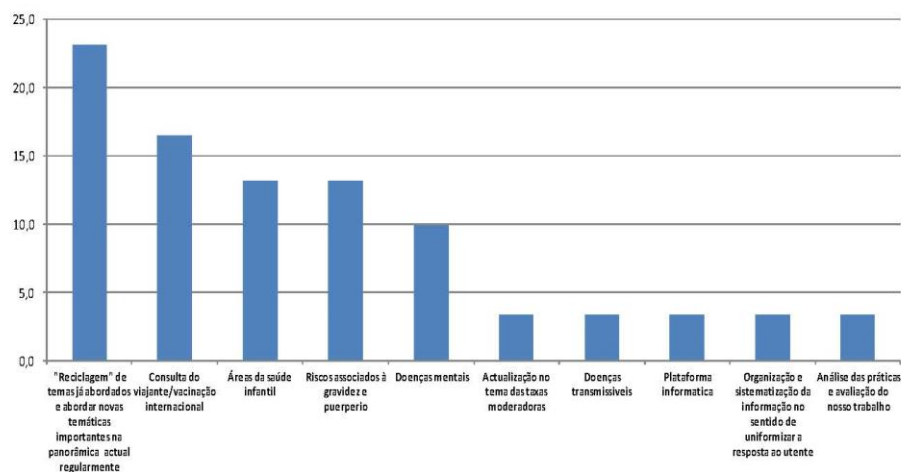
No que se refere à perceção da população relativamente à necessidade de formação para melhorar o seu desempenho a quase totalidade da população 96,6% (28 enfermeiros) identificou esta necessidade.

Gráfico nº 22 - Caracterização da perceção da população relativamente à necessidade de formação para melhorar o seu desempenho



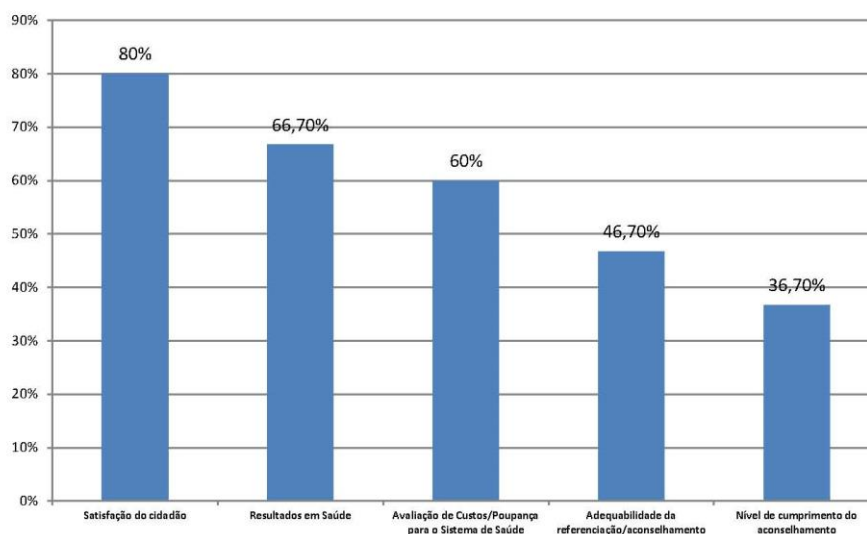
Relativamente às áreas de formação identificadas para melhorar o seu desempenho a população sugeriu: "Reciclagem" de temas já abordados e abordar novas temáticas importantes na panorâmica atual regularmente; Consulta do viajante/vacinação internacional; Áreas da saúde infantil; Riscos associados à gravidez e puerpério; Doenças mentais; Atualização no tema das taxas moderadoras; Doenças transmissíveis; Plataforma informática; Organização e sistematização da informação no sentido de uniformizar a resposta ao utente; Análise das práticas e avaliação do nosso trabalho.

Gráfico nº 23 - Distribuição das áreas de formação identificadas para melhorar o seu desempenho



No que concerne à percepção da população relativamente à medição do resultado da intervenção de enfermagem na Linha de Saúde Pública os resultados revelaram uma elevada concordância dos inquiridos na indicação da medição da satisfação do cidadão (80%, 24 enfermeiros) o que é coerente com a elevada proporção de enfermeiros que num item referido anteriormente considerou muito importante/importante a realização da avaliação da satisfação da população. Para além da satisfação do cidadão, também a medição dos resultados em saúde (66,7%, 20 enfermeiros) e a avaliação dos custos/poupança para o sistema de saúde (60%, 18 enfermeiros) obtiveram mais de 50% de concordância dos inquiridos no que respeita à medição da intervenção da enfermagem. As outras opções referiam-se à adequabilidade de referência/aconselhamento e nível de cumprimentos do aconselhamento.

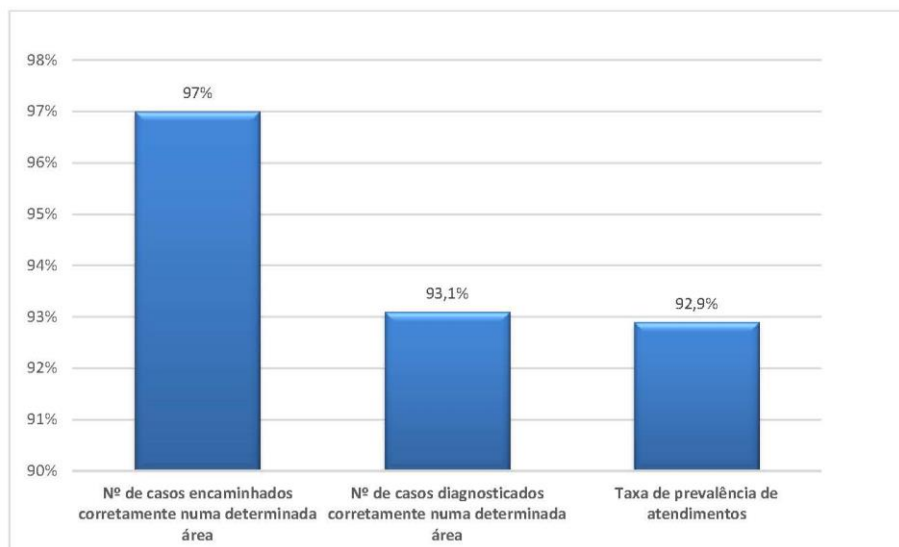
Gráfico nº 24 - Caracterização da percepção da população relativamente à medição do resultado da intervenção de enfermagem na LSP



Relativamente aos indicadores de saúde considerados úteis para a avaliar o impacto na população atendida os resultados permitiram verificar que os três indicadores que reuniram maior concordância dos inquiridos (maior proporção na classificação como muito importantes e importantes) foram o número de casos encaminhados corretamente numa determinada área (97%, 28 enfermeiros), o número de casos diagnosticados corretamente numa determinada área (93,1%, 27 enfermeiros) e a taxa de prevalência de atendimentos (92,4%, 26 enfermeiros).

Gráfico nº 25 - Caracterização da percepção da população relativamente aos indicadores de resultados em saúde (significativos e mensuráveis) considerados úteis para avaliar o impacto da intervenção na população atendida (*Importante/Muito importante*)

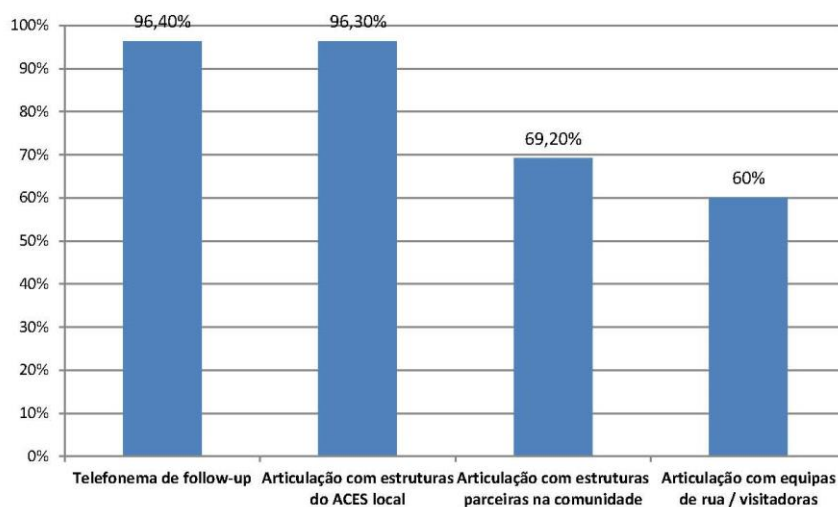
Os Resultados das Intervenções de Enfermagem na Linha Saúde Pública



No que diz respeito aos indicadores considerados úteis para a avaliar os custos/poupança para o sistema de saúde como resultado da intervenção de enfermagem na Linha de Saúde Pública os resultados permitiram verificar que os indicadores que reuniram maior concordância dos inquiridos (classificados como muito importantes e importantes) foram o telefonema de follow-up (96,4%, 27 enfermeiros), a articulação com estruturas do Agrupamento de Centros de Saúde local (96,3%, 26 enfermeiros), a articulação com estruturas parceiras na comunidade (69,2%, 18 enfermeiros) e a articulação com equipa de rua/visitadoras (60%, 15 enfermeiros).

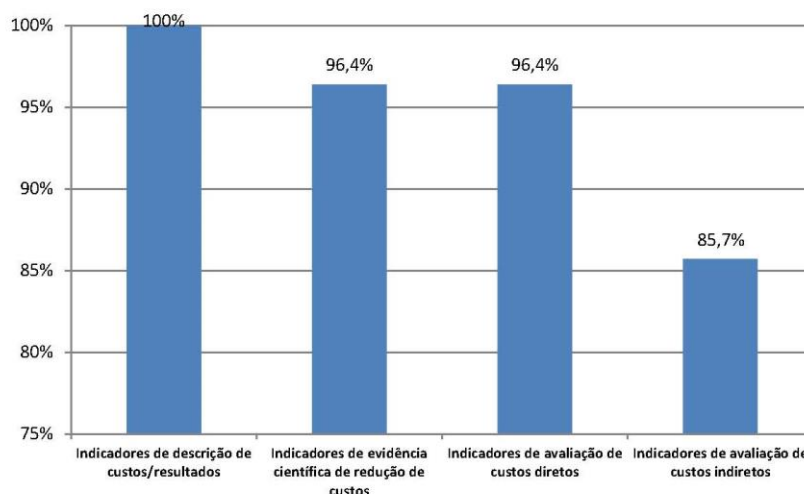
Gráfico nº 26 - Caracterização da perceção da população relativamente aos indicadores considerados úteis para avaliação de Custos/Poupança para o Sistema de Saúde (*Importante/Muito importante*)

Os Resultados das Intervenções de Enfermagem na Linha Saúde Pública



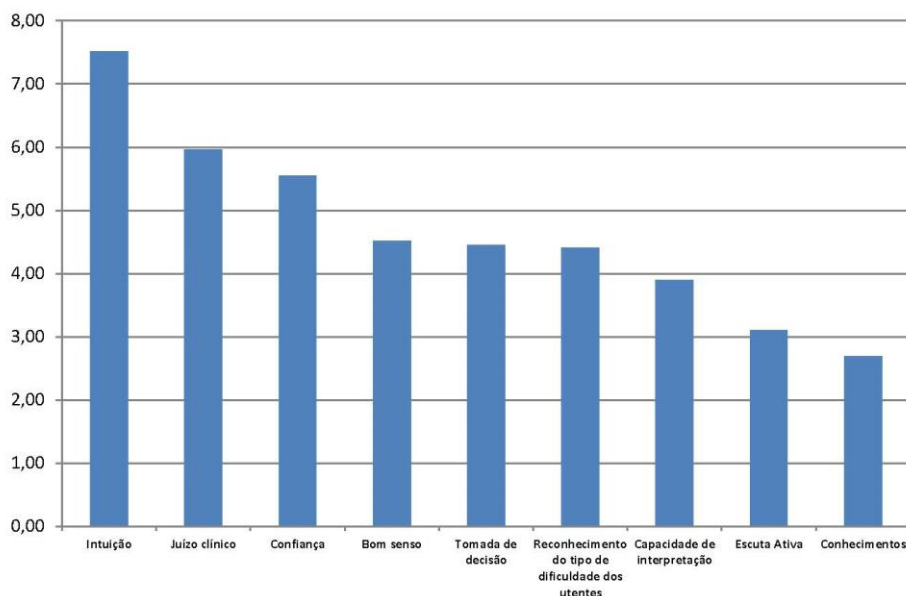
Relativamente aos indicadores considerados úteis para a avaliar o nível de cumprimento do aconselhamento realizado no contacto telefónico como resultado da intervenção de enfermagem na Linha de Saúde Pública os resultados permitiram verificar que os indicadores que reuniram maior concordância dos inquiridos (classificados como muito importantes e importantes) foram indicadores de descrição de custos/resultados (27 enfermeiros), indicadores de evidência científica de redução de custos (96,4%, 27 enfermeiros), indicadores de avaliação de custos diretos (96,4%, 25 enfermeiros) e indicadores de avaliação de custos indiretos (85,7%, 24 enfermeiros).

Gráfico nº 27 - Caracterização da perceção da população relativamente aos indicadores considerados úteis para avaliar o nível de cumprimento do aconselhamento realizado no contacto telefónico (*Importante/Muito importante*)



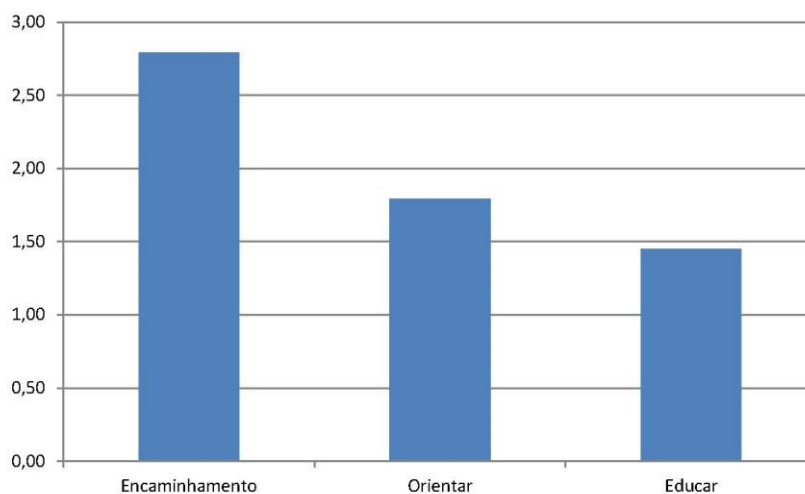
No que diz respeito às capacidades hierarquizadas de acordo com a perceção dos enfermeiros, pela análise do grau de importância atribuído pelos enfermeiros relativamente ao seu desempenho no contexto da LSP os resultados permitiram verificar que as capacidades que reuniram maior concordância dos inquiridos (hierarquizados de 1 a 9, em que 1 correspondia ao mais importante) foram os conhecimentos, a escuta ativa, a capacidade de interpretação, o reconhecimento do tipo de dificuldades dos utentes, a tomada de decisão, o bom senso, a confiança, o juízo clínico e a intuição, por esta ordem.

Gráfico nº 28 - Distribuição das capacidades hierarquizadas de acordo com a perceção dos enfermeiros, grau de importância que atribuído no seu desempenho no contexto da LSP



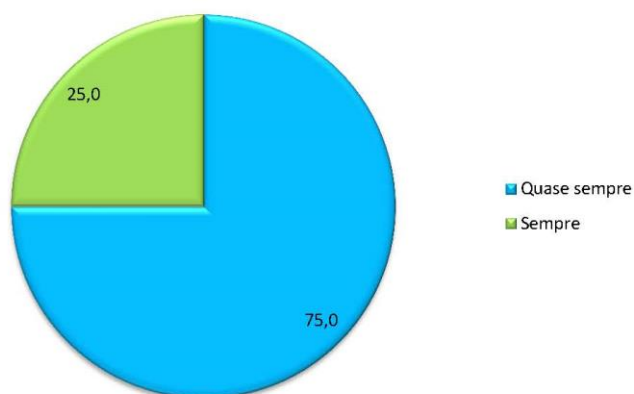
No que concerne às capacidades hierarquizadas de acordo com a perceção dos enfermeiros, pela análise do grau de importância atribuído pelos enfermeiros relativamente ao seu desempenho no contexto da LSP no que refere especificamente a educar, orientar e encaminhar os resultados permitiram verificar que a capacidade que reuniu maior concordância dos inquiridos (hierarquizados de 1 a 3, em que 1 correspondia ao mais importante) foi educar, seguido de orientar e por fim o encaminhamento.

Gráfico n° 29 - Distribuição das capacidades hierarquizadas de acordo com a perceção dos enfermeiros, grau de importância atribuído no seu desempenho no contexto da LSP no que refere especificamente a educar, orientar e encaminhar



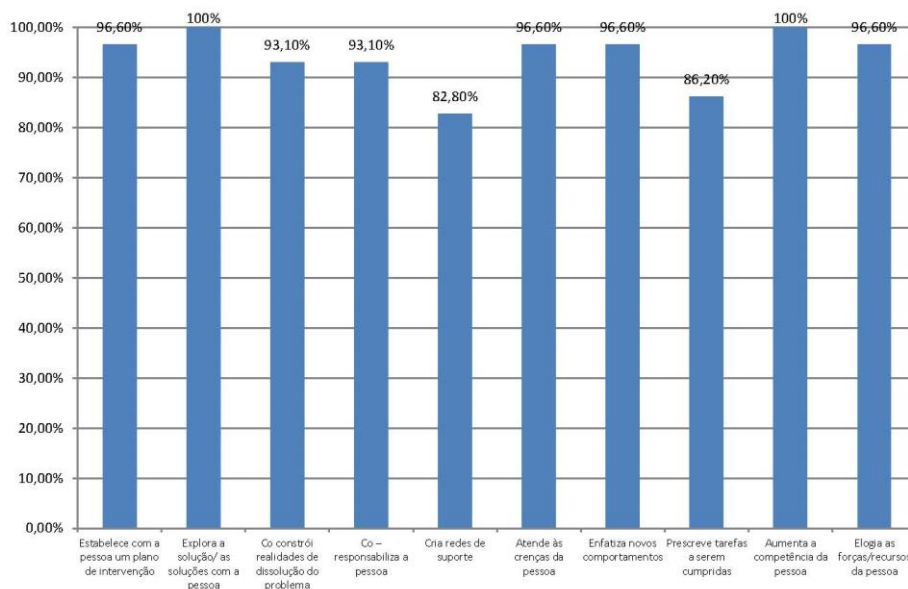
No que se refere à perceção dos enfermeiros relativamente à adoção do aconselhamento realizado por parte da população verificou-se que 75% (21) dos enfermeiros inquiridos considera que a população segue quase sempre o aconselhamento efetuado e que 25% (7) dos enfermeiros inquiridos considera que a população segue quase sempre o aconselhamento efetuado.

Gráfico nº 30 - Distribuição da percepção dos enfermeiros relativamente à adoção do aconselhamento realizado



Relativamente à percepção dos enfermeiros no que se refere às suas intervenções de enfermagem no contexto da Linha de Saúde Pública 96,6% (28) dos enfermeiros inquiridos percecionam que estabelece com a pessoa um plano de intervenção, a totalidade dos inquiridos (29) percecionam que explora a solução/ as soluções com a pessoa, 93,1% (27) percecionam que co-constroem realidades de dissolução do problema, da mesma forma a mesma proporção de inquiridos percecionam que Co – responsabiliza a pessoa, 82,8% (24) percecionam que cria redes de suporte, 96,6% (28) percecionam que atende às crenças da pessoa e a mesma proporção de inquiridos também percecionam que enfatiza novos comportamentos, 86,2% (25) a população inquirida prescreve tarefas a serem cumpridas, a totalidade (100%) dos enfermeiros inquiridos considera que aumenta a competência da pessoa e 96,6% (28) dos enfermeiros inquiridos elogia as forças/recursos da pessoa.

Gráfico n° 31 - Caracterização da percepção dos enfermeiros relativamente à sua intervenção de enfermagem na Linha de Saúde Pública



5. 2.3 – Análise e discussão dos resultados

Os resultados obtidos através das características de desenvolvimento permitiram traçar o perfil do enfermeiro da Linha de Saúde Pública de entre os inquiridos, assim é possível afirmar que, o enfermeiro da Linha de Saúde Pública é mulher, com mais de 35 anos, tem a sua atividade principal em cuidados de saúde primários, com mais de 15 anos de experiência de profissional de enfermagem, trabalha na Linha de Saúde Pública há pelo menos 5 anos, é licenciado e especialista em enfermagem comunitária.

A caracterização da população dos enfermeiros da Linha de Saúde Pública de acordo com as características fisiológicas pela análise dos resultados obtidos permitiu verificar que 66,7% (20) dos inquiridos pratica exercício físico, 10% (3) referiu hábitos tabágicos, 93,3% (28) referiu uma alimentação equilibrada, 16,7% (5) referiu apresentar

doença crónica e 93,3% (28) percecionam que se encontra em bom estado de saúde. Os resultados permitem assim sugerir, uma vez que por questões metodológicas não é possível comparar, que este grupo populacional parece apresentar melhor condição de saúde no que se refere aos aspetos estudados do que a generalidade da população, na medida em que o Inquérito Nacional de Saúde que recorre à perceção da população para aferir o estado de saúde da população portuguesa revelou que cerca 20% da população tem hábitos tabágicos, cerca de 40% avalia o seu estado de saúde como razoável, mau ou muito mau, 40% refere alguma atividade física (INE/INSA, 2009).

O mesmo não acontece com base nos resultados que se referem às características psicológicas do grupo estudado no que concerne ao facto de 10% (3) se percecionam depressivo, o estudo referido anteriormente identificou a prevalência do estado depressivo em 8% da população portuguesa (INE/INSA, 2009).

Dos resultados obtidos com a realização do diagnóstico de situação ao grupo de enfermeiros da Linha de Saúde Pública o facto de 96,6% dos enfermeiros inquiridos ter referido que se encontrava satisfeito ou muito satisfeito com o contexto global de trabalho sugere tratar-se de um ambiente de trabalho que reúne características específicas que favorece a satisfação dos profissionais que exercem funções nesse contexto. Este facto é corroborado por Larsen (2005) que refere que os enfermeiros que exercem funções nos centros de atendimento referem satisfação na perspetiva da procura de outros contextos que permitam reformar as suas práticas de trabalho onde possam incluir o conhecimento próprio da enfermagem e que de alguma forma percecionam o atendimento telefónico de enfermagem como uma prática que permite reconhecimento e valorização do seu trabalho.

Por outro lado, no que se refere à perceção da autonomia os 93,1% dos enfermeiros inquiridos consideram que têm autonomia média ou total no desempenho das suas funções. Strom, Marklund & Hildingh (2006) corroboram esta perceção no sentido que os resultados dos seus estudos confirmam que os enfermeiros consideram que o contexto do atendimento telefónico de enfermagem confere autonomia na tomada de decisão e que este é entendido como um fator relevante e positivo na apreciação do seu trabalho.

Assim, relativamente ao diagnóstico de situação realizado realçam-se os resultados obtidos referentes ao contexto profissional no que respeita à importância atribuída pelos enfermeiros à necessidade de *avaliar a satisfação dos clientes* com o serviço (100% considera importante/muito importante). A procura do conhecimento relativo à satisfação dos clientes, se por um lado dá voz aos utentes no sentido da manifestação da sua opinião

acerca dos cuidados de que foram alvo, funciona também como indicador de qualidade dos cuidados.

Nesta perspetiva, a opinião do utente é considerada indispensável para a monitorização da qualidade dos serviços de saúde, a identificação de problemas a corrigir ou de novas expectativas em relação aos cuidados e, finalmente, na reorganização dos serviços de saúde (Mcintyre et al., 2002).

A satisfação do utente constitui-se como indicador da qualidade, pois reflete a visão dos seus utilizadores relativa ao processo de cuidados que foram alvo, assim como do paralelismo dos resultados obtidos com as suas expectativas (Ribeiro, 2003).

Ainda relativamente ao contexto profissional destacam-se os resultados obtidos referentes à importância em avaliar o serviço prestado em indicadores sendo que o indicador que obteve maior concordância foi a satisfação (suportado no ponto anterior), os resultados em saúde (66,7%) e os indicadores relativos aos custos que parecem revelar maior adequabilidade no que concerne à respetiva medição (60%).

Estes resultados confirmam a importância em monitorizar os resultados da prestação de cuidados de enfermagem. A Enfermagem é reconhecida, mundialmente, como fundamental em qualquer sistema de saúde pois presta alguns dos serviços essenciais à manutenção do estado de saúde quer numa perspetiva curativa, de reabilitação ou de prevenção e promoção da saúde, desempenhando um papel crucial e custo-efetivo na redução da mortalidade, morbilidade, incapacidade e dependência (World Health Organization, 2003) (Mendes, Trevizan, Mazzo, Godoy, & Ventura, 2011).

Apesar de reconhecermos as dificuldades metodológicas de se definir com rigor a efetiva contribuição da enfermagem nos resultados em Saúde (Doran, 2011), consideramos que uma enfermagem orientada para resultados é uma enfermagem capaz de construir cientificamente a disciplina, desenvolvendo um conhecimento sólido de orientação das práticas (Polit & Beck, 2013).

Neste estudo iremos considerar que a intervenção de enfermagem foi efetiva se o julgamento do cliente sobre essa experiência for satisfatória pois para vários autores o nível de satisfação dos clientes não é um mero indicador da qualidade dos cuidados mas uma componente, efetiva, dos mesmos (Rodrigues, 2009).

Da análise dos resultados importa ainda destacar a necessidade de formação percecionada por 96.6% dos enfermeiros inquiridos o que é corroborado pela literatura no sentido de a formação ser entendida como um dos fatores facilitadores para o desempenho da prestação de cuidados percecionados pelos enfermeiros que exercem funções em

centros de atendimento, pela atualização em temas que lhe permitam aumentar competências no desempenho específico das suas funções (Wahlberg, Cedersun & Wredling, 2005; Stacey, Graham, O'Connor & Pomey, 2005).

5.2.3 – Validação dos resultados

A validação dos dados com a população constituiu-se como etapa fundamental ao desenvolvimento deste trabalho. Consideramos que o desenvolvimento de mudanças na comunidade só pode ser eficaz se a mesma se envolver ativamente num movimento ativo de parceria, com poderes partilhados, numa capacitação sinérgica de recursos e potencialidades.

Assim e atendendo mais uma vez à particularidade da nossa população alvo, criamos um *e-fórum* de discussão no *Google +*, com objetivo de dar conhecimento aos enfermeiros da LSP dos problemas e necessidades identificadas; solicitar a opinião sobre os problemas/ necessidades identificadas e a identificação de sugestões no sentido de colmatar essas necessidades/ problemas. Porém esta estratégia não teve adesão por parte dos enfermeiros da LSP, optando estes por responderem diretamente à solicitação da sua opinião acerca dos problemas/ necessidades encontradas por *email*.

Assim e face aos resultados obtidos, obtivemos concordância unânime por parte dos enfermeiros da LSP dos problemas/ necessidades identificadas por nós.

Para a necessidade de formação para melhorar o seu desempenho, foi sugerida a criação de um plano anual de formação com temas referidos anteriormente no questionário, como muito importantes; Para a necessidade de avaliação da satisfação da população atendida, sugeriram telefonemas follow up regulares; Para a necessidade de medição dos resultados da intervenção de enfermagem na LSP foi sugerida a realização de análise de Avaliação de Custos/Poupança para o Sistema de Saúde.

6 - PRINCIPAIS CONCLUSÕES E DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

Apresentaremos de seguida as principais conclusões do nosso estudo, enquadradoras do diagnóstico de enfermagem da comunidade – enfermeiros da LSP da DGS, contextualizadas tendo por base o modelo teórico de Betty Neuman (1995).

As nossas principais conclusões giram em torno do modelo teórico de Betty Neuman (1995), assim como do enquadramento concetual efetuado e referem-se à caracterização geral dos enfermeiros, identificação e justificação dos stressores, fatores intra, inter e extrapessoais (Application of Betty Neuman's System Model, 2013).

1. Caracterização Geral dos Enfermeiros da LSP

- 35 e os 50 anos (55,2%)
- sexo feminino (83,3%).
- 24,1% dos inquiridos tem o grau de mestre
- 85% é especialista em Saúde Comunitária
- 90% tem 5 ou mais anos de experiência profissional

2. :

2.1. Áreas de maior stress ou maior preocupação:

- a. Necessidade de Formação (96,6);
- b. Necessidade de monitorizar/conhecer os resultados de saúde decorrentes da sua intervenção (66,7%)
- c. Necessidade de monitorizar/conhecer os custos decorrentes da sua intervenção (60%)

2.2. Padrões de estilos de vida

- a. 66,7% pratica desporto
- b. 93,3% tem alimentação saudável
- c. 10% tem hábitos tabágicos

2.3. Elementos antecipadores do futuro

- a. 96,6% dos enfermeiros considera que pode melhorar o seu desempenho com formação.
- b. 100% dos enfermeiros considera que tem autonomia nos exercício da sua atividade

2.4. O que é que os enfermeiros da LSP estão a fazer para se ajudar?

- a. Propuseram plano de formação e temáticas
- b. Propuseram indicadores de monitorização das práticas

2.5. O que é que os enfermeiros da LSP espera dos outros?

- a. 70% dos enfermeiros considera que a informação prestada é adequada à população.
- b. 75% dos enfermeiros inquiridos considera que a população segue quase sempre o aconselhamento efetuado

3. Justificação dos Stressores por parte do enfermeiro LSP:

3.1. Áreas de maior stress ou maior preocupação:

- a. Insegurança face aos seus conhecimentos adquiridos evidenciada em 96,6% dos enfermeiros que mencionam ter necessidade de formação.
- b. Desconhecimento dos resultados da sua intervenção, em termos de satisfação dos clientes, resultados de saúde e custos evidenciado pela elevada participação na identificação de indicadores de monitorização da intervenção de enfermagem.

3.2. As circunstâncias atuais diferem das anteriores

- a. Verificou-se que tem existido menos sessões de formação para os enfermeiros da LSP e encontros entre toda a equipa.

3.3. Existe experiência passada da comunidade com situações semelhantes

- a. Não conseguimos avaliar com precisão esta área

3.4. Antecipações para o futuro

- a. A comunidade apresenta-se motivada para agir sobre o seu contexto de prática evidenciada pela vontade de aumentar o seu nível de formação e conhecimento do impacte das sua intervenções.

3.5. O que é que os enfermeiros da LSP podem fazer para se ajudar?

- a. Apresentar plano de formação ao coordenador nacional.
- b. Construir indicadores de monitorização da intervenção de enfermagem.

- 3.6. Expetativas da comunidade face a terceiros (família, amigos e cuidadores)
- c. Não se aplica.

4. Fatores Intrapessoais

4.1. Físicos

- a. 66,7% pratica desporto
- b. 93,3% tem alimentação saudável
- c. 93,3% considera ter bom estado de saúde
- d. 16,7 % tem doenças crónicas

4.2. Psico-Sociocultural

- a. 93,3% dos inquiridos percepciona-se alegre
- b. 100% considera a sua atividade autónoma
- c. 96,6% está muito satisfeito com o trabalho

4.3. Desenvolvimento

- a. 96,6% dos enfermeiros considera a formação importante ao seu desenvolvimento
- b. 100% dos inquiridos consideram que a medição dos medição do resultado da intervenção de enfermagem é importante

4.4. Sistema de crenças e espiritualidade

- a. Apesar de não ter sido avaliado este domínio na comunidade em estudo, verifica-se que esmagadora maioria dos enfermeiros da LSP (96,6%) considera esta questão como importante aquando da consulta de enfermagem.

5. Fatores Interpessoais

- a. Existe um coordenador dinâmico e 24h disponível para a comunidade;
- b. Existem relatos de reuniões no passado para formação e para criação de identidade e laços de companheirismos;
- c. As competências mais valorizadas pelos enfermeiros, em ordem decrescente de importância são a intuição, juízo clínico, confiança, entre outras;
- d. 100% dos enfermeiros inquiridos considera que aumenta a competência da pessoa que os consulta;

- e. 96,6% dos enfermeiros inquiridos elogia as forças/recursos da pessoa;
- f. 100% perceciona que explora a solução/ as soluções com a pessoa;

6. Fatores Extrapessoais

- a. Na sua interação com a comunidade os enfermeiros da LSP consideram, por ordem decrescente de importância as seguintes competências: encaminhamento, orientação e educação
- b. 96,6% dos enfermeiros inquiridos perceciona que estabelece com a pessoa um plano de intervenção
- c. 93,1% perceciona que co constrói realidades de dissolução do problema
- d. 93,1% perceciona que Co – responsabiliza a pessoa
- e. 82,8% perceciona que cria redes de suporte
- f. 96,6% perceciona que enfatiza novos comportamentos
- g. 86,2% prescreve tarefas a serem cumpridas

Podemos concluir assim que existe uma elevada:

a) Importância, atribuída pelos enfermeiros da LSP, à necessidade de *avaliar a satisfação dos clientes* com o serviço (100% considera importante/muito importante);

b) Importância, atribuída pelos enfermeiros da LSP, em avaliar o serviço prestado em indicadores sendo que o primeiro diz respeito à satisfação (suportado no ponto anterior) e uma vez que os resultados em saúde oferecem menor exequibilidade na medição durante o período atribuído ao estágio, os indicadores relativos aos custos parecem revelar maior adequabilidade;

c) Necessidade de formação, relatada pelos enfermeiros da LSP, uma vez que 96.6% perceciona que tem necessidades de formação para o desempenho das suas funções com identificação pela população das principais áreas de formação; Identificou-se igualmente três áreas de necessidade de intervenção que em conjunto com os enfermeiros cooperantes foram consideradas menos relevantes a saber:

- A adequabilidade dos recursos tecnológicos uma vez que não integram a área de intervenção do enfermeiro;

- A informação sobre o serviço prestado à população, que a esmagadora maioria (70%) de enfermeiros considera adequada, por isso não se identifica como prioritária comparativamente com as restantes áreas em que a maioria ou quase totalidade dos enfermeiros considera necessária;
- As necessidades de atualização do registo, pois apenas 6.9% da população o considerou necessário.

O Modelo sistémico de Betty Neuman quando aplicado na prática de enfermagem comunitária, proporcionou-nos a identificação dos stressores interpessoais, intrapessoais e extrapessoais da nossa população em diversas vertentes, o que permitiu que chegássemos ao diagnóstico das necessidades de uma forma abrangente. A mobilização deste modelo revelou também estas necessidades identificadas se enquadram ao nível da primário tendo em conta a história natural da doença. s intervenções preventivas primárias, secundárias e terciárias pode ser usada para resolver os problemas no cliente

Em síntese definimos o diagnóstico de enfermagem da comunidade como:

- **Deficit de conhecimentos em áreas específicas para intervenção na LSP**
- **Ausência de conhecimento sobre os resultados das intervenções de enfermagem com os clientes da LSP**
- **Ausência de conhecimento sobre o nível de satisfação dos clientes da linha LSP**

5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que o relatório apresentado traduz uma perspetiva congruente com o desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, visando uma prática “centrada na comunidade” com um papel fundamental na “resolução dos problemas colocados pelos cidadãos no sentido de formar uma sociedade forte e dinâmica” assumindo “um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade), proporcionando efetivos ganhos em saúde” e ao mesmo tempo capacitar e empoderar a comunidade onde desenvolve programas e projetos de intervenção (Regulamento n.º 128/2011, 2011).

Analisando e refletindo as atividades desenvolvidas e os recursos mobilizados necessários à sua concretização, no sentido da consecução dos objetivos propostos, enfatiza-se a sua contribuição para a aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, nomeadamente no que se refere ao “estabelecimento, com base na metodologia do planeamento em saúde, a validação do estado de saúde de uma comunidade” (OE, 2009).

Para tal, destacamos como fulcral a utilização de métodos de avaliação crítica, sistemática e contínua dos problemas, das necessidades, dos recursos, das políticas e das formas de intervenção, que incorporámos na gestão deste diagnóstico (DGS, 2003).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alfaro-Lefevre, R. (2010). *Aplicação do processo de enfermagem: uma ferramenta para o pensamento crítico*. 7ª Edição, Porto Alegre : ArtMed

Bronfenbrenner, U.; Morris, P. (1999). The Ecology of developmental Process. In: W. Damon & R.M. Lerner.(Eds), *Handbook of Child Psychology, 1, Theoretical Models of Human Development*, pp. 993-1028. New York: Wiley.

Bronfenbrenner, U. (2002). *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: Artmed.

Cervo, A., Bervian, P. e Silva, R. (2007). *Metodologia Científica*. 6ª Edição, São Paulo: Pearson Prentice Hall

Costa, A. (1986). *A pesquisa de terreno em sociologia*. A. S. Silva & J. M. Pinto (Orgs.), *Metodologia das Ciências Sociais*. Porto: Afrontamento

Dejours, C. et al. *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouiana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas

Doran, D. (2011). *Nursings outcomes. The state of the science*. Mississauga: Jones and Bartlett Publishers.

Direção-Geral da Saúde (2003). *Saúde na Comunidade: Guia Orientador para a Elaboração de Indicadores*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Portugal.

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusociência

- Ghiglione, R., e Matalon, B. (2001). *O Inquérito: Teoria e Prática*. Oeiras: Celta Editora
- Gil, A. (2008). *Como elaborar projetos de pesquisa*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- Granapathy, K. e Ravindra, A. (2011). Telenursing in an emerging economy: an overview in Telenursing. In S. a. Kumar, *Telenursing*. London: Springer-Verlag.
- Holmström, I. (2007). Decision aid software programs in telenursing: not used as intended? Experiences of Swedish telenurses. *Nursing and Health Sciences*, 23-28.
- Imperatori, E. e Giraldes, M. (1993). *Metodologia do planeamento da saúde : manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. 3ª Edição. rev. atualizada. Lisboa : ENSP
- Instituto Nacional de Estatística / Instituto Nacional de Saúde (2009). *Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*. Lisboa: INE/INSA.
- International Council of Nurses (2007). *Statement position in Nursing Research*. Adopted in 1999. Reviewed and revised in 2007
- Knowles E., O’Cathain A., Morrell J., Munro J., Nicholl J. (2002). NHS Direct and nurses -opportunity or monotony? *International Journal of Nursing Studies*, 39: 857–866.
- Kumar, S. (2011). Telenursing : An audit . In S. a. Granapathy K. and Ravindra A : Telenursing in an emerging economy: an overview in Kumar, *Telenursing*. London: Springer-Verlag.
- Larsen, A. (2005). In the public interest: autonomy and resistance to methods of standardising nurses’ advice and practices from a health call centre in Perth, Western Australia. *Nursing Inquiry*. 12(2): 135–143.
- Ledlow, G., Dan O’Hair, H. e Moore, S. (2009). Predictors of Communication Quality: The Patient, Provider, and Nurse Call Center Triad. *Health Communication* , 431-455.

Mcintyre, Teresa [et al.] – *A satisfação dos utentes dos serviços de saúde na Região Norte: avaliação e divulgação*. Porto: CCR-N. 2002. 83p. ISSN 972-734-242-6, 2002.

Mendes, I., Trevizan, M., Mazzo, A., Godoy, S., & Ventura, C. (2011). Marketing profissional e visibilidade social na enfermagem: uma estratégia de valorização de recursos humanos. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 20 (4), 788-95.

Ministério da Saúde. (2014). *Relatório de Atividades da Linha de Saúde Pública no ano 2013*. Não publicado. Lisboa

Neuman, B. (1995). *The Neuman Systems Model*. Third Edition, Library of Congress: USA

Nunes, L. (2013). *Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS/ IPS Campus do IPS

Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Regulamento do perfil das competências dos enfermeiros de cuidados gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Polit, D., & Beck, C. (2013). *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Portugal. Ministério da Saúde (2009). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Diário da República, 1.ª série — N.º 180 — 16 de setembro de 2009, Lei n.º 111/2009 de 16 de setembro.

Portugal. Ministério da Saúde (2011). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Diário da República, 2.ª série, N.º 35, 18 de fevereiro de 2011, Regulamento n.º 128/2011

Portugal. Ministério da Saúde (2011). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Diário da República, 2.ª série, N.º 35, 18 de fevereiro de 2011, Regulamento n.º 128/2011

Quivy, R. e Campenhoudt, L. (2005). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. 4ª ed., Lisboa: Gradiva

Ribeiro, A. (2003). *Satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem: Construção e validação de um instrumento de medida*. Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem S. João, para concurso de Provas Públicas para professor-coordenador na área Científica de Ciências de Enfermagem. Porto.

Rodrigues, R. (2009). *Satisfação global aferida pelos pacientes: uma aplicação ao serviço de urgência português* (tese de mestrado). Coimbra: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

Stacey D., Graham I., O'Connor A., Pomey M. (2005). Barriers and Facilitators Influencing Call Center Nurses' Decision Support for Callers Facing Values-Sensitive Decisions: A Mixed Methods Study. *Evidence-Based Nursing*, 2(4):184-1.

Stanhope, M., Lancaster, J. (2011). *Enfermagem Comunitária: Cuidados de saúde na comunidade centrados na população*. 4ª Edição. Lusociência: Edições Técnicas e Científicas Lda, 1999.

Strom M., Marklund B., Hildingh C. (2006). Nurses' perceptions of providing advice via a telephone care line. *British Journal of Nursing*, Vol 15, No 20.

Tavares, A. (1980) – *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*: Lisboa Departamento de Recursos Humanos

Trevisan, M. et al (2002). Aspectos éticos na ação gerencial do enfermeiro. *Revista latino Americana de enfermagem*. Ribeirão Preto, Vol. 10 nº 1, jan/ fev. p. 85-89

Wahlberg A., Cedersun E., Wredling R. (2005). Bases for assessments made by telephone advice nurses. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 11: 403-407.

World Health Organization. (2003). *Nurses and Midwives: A Force for Health*. Copenhagen: WHO Europe.

WEBGRAFIA

Application of Betty Neuman's System Model (2013). Acedido em 20 fevereiro disponível em

http://www.currentnursing.com/nursing_theory/application_Betty_Neuman's_model.html;
<http://neumansystemsmodel.org/index.html>

Gomes, S. (2009). *Saúde 24: Centro de atendimento do serviço nacional de saúde*. Apresentação realizada na Conferência: “As TIC e a Saúde no Portugal de 2009” promovida pela APDSI. On line www.apdsi.pt/uploads/news/id305/sergio%20gomes.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2012). Secção Regional dos Açores - Artigos Publicados na Imprensa Regional. *O Planeamento em Saúde no âmbito do desenvolvimento Comunitário*. Acedido a 11 de janeiro 2014 em

<http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoes/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/OsEnfermeiroseOplaneamentoemsaude.aspx>

Ordem dos Enfermeiros (2011). *A intervenção do enfermeiro especialista em saúde comunitária: ganhos em saúde*. Secção Regional dos Açores - Artigos Publicados na Imprensa Regional. Acedido a 11 de janeiro 2014 em

<http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoes/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/OsEnfermeiroseOplaneamentoemSa%C3%BAdade.aspx>

Parra, F., Gomes, S., Carrasquero, S. (2007). *Telemedicina – Onde estamos e para onde vamos...Capítulo 3: Telemedicina, Teleconsulta, Telediagnóstico, Telecuidados e Telemonitorização – Alguns casos em Portugal*. Associação para a Promoção e Desenvolvimento da Sociedade da Informação. On line www.apdsi.pt/uploads/news/id177/cap%C3%ADtulo%203_parte%20a12_telemedicina_1049_20071211.pdf

ANEXOS

ANEXO 1 – Projeto de Estágio



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE SANTARÉM
4º CURSO DE MESTRADO EM
ENFERMAGEM COMUNITÁRIA
UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO



PROJETO DE ESTÁGIO

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

ENFERMEIROS DA LINHA SAÚDE PÚBLICA DA DGS

Estudantes

Andreia Silva
Anabela Coelho
Marta Rosa

Professoras Orientadoras

Mª Carmo Figueiredo
Isabel Barroso

Enfermeiros cooperantes

Sérgio Gomes
Pedro Branco

Lisboa
janeiro
2014

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

DGS - Direção-Geral da Saúde;

ICN - International Council of Nursing;

OE - Ordem dos Enfermeiros;

SPSS - Statistical Package for Social Sciences;

INDICE

	f.
0 – INTRODUÇÃO	5
1 – CONSULTA DE ENFERMAGEM POR ATENDIMENTO TELEFONICO.....	7
2 - CARATERIZAÇÃO DA LINHA DE SAÚDE PÚBLICA DA DGS.....	9
3 - APLICABILIDADE DO MODELO TEÓRICO DE BETTY NEUMAN NO DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	11
4 – METODOLOGIA	13
4.1 – DESENHO DA INVESTIGAÇÃO.....	13
4.2 – POPULAÇÃO EM ESTUDO	13
4.3 – MÉTODO DE COLHEITA E ANÁLISE DE DADOS	14
4.4 – PROCEDIMENTOS ÉTICOS E FORMAIS	15
5 – PLANO DE ATIVIDADES	16
6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	20
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21
ANEXOS	24
ANEXO I – Proposta de questionário	25
ANEXO II – Cronograma de actividades.....	31

ÍNDICE QUADROS

	f.
Quadro nº 1 - Plano de atividades para o desenvolvimento do Estágio I.....	17

0 – INTRODUÇÃO

O projeto que se apresenta surge no contexto do Estágio I do 4.º Curso de Especialização de Enfermagem Comunitária, no âmbito do diagnóstico de necessidades/ problemas dos enfermeiros que desenvolvem a sua atividade em contexto da Linha de Saúde Pública da Direção-Geral da Saúde (DGS).

O *dever do enfermeiro* para com a comunidade, evidenciado no Código Deontológico do Enfermeiro, (Estatuto da OE na Lei nº 111/ 2009 de 16 de setembro), valoriza a sua responsabilidade enquanto promotor da saúde integrando consequentemente o dever de conhecer as necessidades da comunidade onde desenvolve a sua atividade profissional.

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária enquanto elemento da equipa de saúde que centra o desenvolvimento das suas atividades no seu conhecimento e experiência face à comunidade, constitui-se como elemento central para responder de forma adequada às necessidades da mesma, proporcionando-lhe efetivos ganhos em saúde. (O.E, 2011)

Quotidianamente os enfermeiros especialistas em saúde comunitária deparam-se com exigências concretas no desenvolvimento das suas competências, nomeadamente no que concerne ao estabelecimento, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade (Regulamento n.º 128/2011).

No que diz respeito ao foco primário da atenção da Enfermagem Comunitária, Stanhope (2011) refere-nos a ênfase dominante em estratégias para a promoção e manutenção da saúde e prevenção da doença, a preocupação da ligação entre o estado de saúde da população e o seu ambiente (físico, biológico e sociocultural) e o uso de processos para alterar a política pública como principais estratégias de intervenção para atingir os objetivos delineados.

Considerando o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária realizou-se o enquadramento das atividades previstas para o Estágio I, em função da concretização da primeira etapa do planeamento em saúde e do contexto do estágio. Assim, no âmbito das competências alocadas ao enfermeiro especialista em enfermagem comunitária apresentam-se as atividades consideradas estruturantes que viabilizam o diagnóstico de situação dos enfermeiros que exercem funções na Linha de Saúde Pública com vista a proporcionar respostas eficazes às necessidades sentidas pelos profissionais potenciando eventuais ganhos em saúde para os enfermeiros e para a população.

O presente trabalho encontra-se estruturado em seis capítulos, em que no primeiro capítulo se encontra exposto de forma sucinta o contexto da consulta de enfermagem realizada com recurso ao atendimento telefónico, o segundo capítulo refere-se à caracterização da Linha de Saúde

5

Os Resultados das Intervenções de Enfermagem na Linha Saúde Pública

Pública no concerne à sua contextualização, missão, finalidade, objetivos, metodologia e resultados, o terceiro capítulo aborda o modelo de Betty Neuman e a sua aplicabilidade no diagnóstico de situação a elaborar, seguido do quarto capítulo que se refere à metodologia proposta para a concretização do projeto, o quinto capítulo refere-se à apresentação das atividades a desenvolver ao longo do período de estágio, e por último apresentam-se algumas considerações finais.

Assim, como objetivos do nosso projeto propomos:

Dar a conhecer o projeto de estágio I do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária a desenvolver com os enfermeiros da Linha Saúde Pública da DGS.

1 - CONSULTA DE ENFERMAGEM POR ATENDIMENTO TELEFONICO

O aconselhamento e encaminhamento de pessoas que percecionam um problema de saúde e que recorrem ao contacto telefónico com vista ao atendimento por enfermeiros traduz um fenómeno de prestação de cuidados à pessoa em contexto comunitário, que constitui um foco de interesse no âmbito das intervenções da enfermagem, concretamente no que se refere ao domínio das intervenções decorrentes do enfermeiro especialista em saúde comunitária tal como decorre do exposto no regulamento da especialidade “A enfermagem comunitária e de saúde pública desenvolve uma prática globalizante centrada na comunidade (...) em novas necessidades de saúde, (...) com ênfase na capacidade de resposta na resolução dos problemas colocados pelos cidadãos no sentido de formar uma sociedade forte e dinâmica.” (Portugal, 2011).

As intervenções qualificadas de enfermagem de informação, aconselhamento e ensino por consulta telefónica requerem, assim, o desenvolvimento específico de competências de comunicação e relação interpessoal que vão muito além da utilização de um sistema informático de apoio à decisão (Ledlow, Dan O’Hair e Moore, 2009).

No atendimento telefónico de enfermagem a linguagem verbal está circunscrita às palavras orais, ao tom e à inflexão da voz, assim, a forma daquilo que se comunica é quase tão importante como aquilo que se comunica (Granapathy e Ravindra, 2011) e os enfermeiros, decorrente da sua formação, e em particular os especialistas de saúde comunitária desenvolvem a capacidade de escuta, de empatia e confiança junto daqueles que cuidam pois o exercício profissional da Enfermagem centra-se na relação interpessoal e na parceria estabelecida entre um enfermeiro e uma pessoa/família/comunidade, no pleno respeito pelas suas capacidades (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

Em Portugal o atendimento telefónico realizado por enfermeiros é designado por Centro de Atendimento do Sistema Nacional de Saúde (SNS), “Linha de Saúde 24”, na qual se inscreve a “Linha de Saúde Pública” e consiste num “serviço de saúde vocacionado para informar, aconselhar e encaminhar corretamente o utente na rede do SNS, de uma forma rápida, simples, credível, consistente e confidencial” através do número único nacional (808 24 24 24) com custo de chamada local (Gomes, 2009:3). Este serviço constitui assim uma forma de atendimento de proximidade à população com vista à informação de cuidados de saúde de fácil acesso com recursos às Tecnologias de Informação e Comunicação aplicadas à saúde (Parra et al, 2007). Por outro lado, contribui para uma otimização dos recursos de saúde no sentido em que: reduz as idas desnecessárias às urgências; encaminha o cidadão para a unidade; melhora a

7

proximidade dos cuidados com garantia de qualidade pelo rigor clínico dos algoritmos e permite antecipar e responder a ameaças de Saúde Pública (Gomes, 2009).

Vários estudos têm demonstrado que o atendimento telefónico em saúde, quando realizado por enfermeiros, não só adequa a referência do doente no sistema, evitando custos de uma utilização de serviços desadequada face às reais necessidades do doente, com também potência a autonomia dos doentes e melhora o primeiro nível de cuidados: o auto-cuidado. (Granapathy e Ravindra, 2011) (Kumar, 2011).

Para vários autores a consulta de enfermagem com recurso ao atendimento telefónico (tradução livre dos autores de "Telenursing") é um novo ramo da disciplina de enfermagem que, pela sua atuação de proximidade através de dispositivos telefónicos ou telemáticos, deve ser disseminado e cultivado pois tem demonstrado incrementar o auto-cuidado ao mesmo tempo que apresenta inúmeras vantagens económicas e financeiras (Holmström, 2007).

Assim sendo o centro de atendimento representa para muitos enfermeiros uma nova e interessante oportunidade profissional integrada no serviço nacional de saúde em que a comunicação por contacto telefónico é percecionada como a tarefa central, com o objetivo de proporcionar o melhor conselho possível (Knowles, O'Cathain, Morrell, Munro & Nicholl, 2002; Strom, Marklund & Hildingh, 2006; Larsen, 2005).

No centro de atendimento os enfermeiros têm de, perante a situação problema apresentada, estabelecer uma relação de proximidade com os doentes, para que os mesmos veiculem as informações mais relevantes para a resolução/orientação da situação em causa, tomar decisões sistémicas, sistemáticas e incorporar os resultados da investigação na sua prática (Ordem dos Enfermeiros, 2012). Aos enfermeiros é exigido um conhecimento especializado para, no âmbito do processo de enfermagem, conseguirem fazer um diagnóstico, encontrar as intervenções mais adequadas e transmitir toda a informação, aconselhamento ou ensino de forma clara e efetiva (Kumar, 2011).

2 - CARATERIZAÇÃO DA LINHA DE SAÚDE PÚBLICA

O projeto "Linha de Saúde Pública pressupõe uma estratégia integrada de acessibilidade dos cidadãos aos profissionais de saúde numa ótica de aconselhamento e encaminhamento face a problemas de Saúde Pública, registados sazonalmente ou em outras situações críticas (re)emergentes. O referido projeto apresenta como *Missão*: ajudar as pessoas a terem uma atitude pró-ativa relativamente à gestão da sua saúde e da sua família, assumindo responsabilidades pelas diferentes opções que assumem e como *Finalidade*: empowerment do cidadão em termos de informação e participação.

Os principais objetivos da Linha de saúde Pública são:

- Maior disponibilização de informação validada aos cidadãos e aos profissionais do Serviço Nacional de Saúde;
- Aproximar e sensibilizar o cidadão para as questões da prevenção e da promoção da saúde;
- Potenciar a participação dos cidadãos e da sociedade civil no sistema de saúde;
- Maior adequação dos cuidados de saúde para gerar mecanismos de comparação e emulação das melhores práticas.

A Linha de Saúde Pública adota como metodologia a utilização de entrevista telefónica padronizada, com protocolos de atuação e manuais de apoio técnico-normativos apoiando a tomada de decisão com recurso ao suporte tecnológico da central telefónica e telefones móveis, software e operacionalização do site da DGS para acesso à área reservada da Linha e a recursos humanos com formação profissional específica e instrumentos de apoio à gestão, constituída por 75 enfermeiros (quinze em cada Administração Regional de Saúde - ARS).

O atendimento da Linha de Saúde Pública caracteriza-se por um atendimento anual de cerca de 45 mil contactos telefónicos com distribuição assimétrica nos diferentes meses do ano, registando-se maior afluência nos meses entre março e junho. Os principais motivos de contacto em 2012 predomina a informação relativa às taxas moderadoras, a doenças infecciosas e parasitárias, interrupção voluntária da gravidez, vacinação, viagem entre outras. Por outro lado, nos atendimentos telefónicos os cuidados prestados registam elevada atividade classificada como aconselhamento no que se refere aos comportamentos a adotar perante a situação descrita,

9

Os Resultados das Intervenções de Enfermagem na Linha Saúde Pública

com especial destaque para a prevenção de doenças contagiosas ou risco de contágio, alimentação e nutrição, adequação ao meio, entre outras. Importa ainda referir o encaminhamento realizado pelos enfermeiros no juízo da situação descrita, permitindo dizer que na maioria das situações após o aconselhamento não se considera necessário o encaminhamento, ainda assim cerca de 10% das situações, no ano de 2012 foi encaminhada para centro de saúde, 2% para o médico assistente e apenas 1% para o hospital.

A Linha de Saúde Pública apresenta como principais resultados:

- Personalização no atendimento do cidadão com informação e aconselhamento em questões de saúde, ajudando-o a tomar decisões mais adequadas;
- Promoção da acessibilidade aos profissionais de saúde com redução do tempo de espera;
- Operacionalização de diretivas da DGS com sistematização de procedimentos através de protocolos de atuação;
- Constituição de uma rede pluridisciplinar e/ou inter-institucional que estrutura as respostas aos problemas de saúde e assegura o suporte de boas práticas do atendimento dos agentes de linha;
- Contribuição para o reforço na gestão da vigilância epidemiológica.

3 - APLICABILIDADE DO MODELO TEÓRICO DE BETTY NEUMAN NO DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

A utilização do planeamento em saúde “procura mudanças no comportamento das populações a nível, por exemplo dos seus hábitos de saúde ou na utilização dos serviços (...) apostando “cada vez mais na importância da participação da população nos programas de saúde” (Imperatori e Giraldes 1993).

O planeamento em saúde decorre da necessidade da racionalização da utilização de recursos escassos com vista a atingir objetivos delineados, com o objetivo de reduzir problemas de saúde considerados como prioritários numa determinada comunidade, implicando a coordenação de esforços provenientes de vários setores socioeconómicos (Imperatori e Giraldes, 1993). O diagnóstico de saúde na comunidade constitui-se como a primeira etapa do processo de planeamento em saúde consistindo-se num procedimento rigoroso de avaliação multicausal dos determinantes da saúde que influenciam os processos de saúde/doença de grupos e/ou comunidades, desenhando-se uma perspectiva de problemas/ necessidades e fatores condicionantes (O.E, 2012). O diagnóstico deve ser suficientemente sucinto e claro de modo a ser atingível e apreendido por todos numa perspectiva sinérgica entre profissionais e comunidade potenciando a participação ativa das comunidades em tomadas de decisão que lhes dizem respeito em matéria de saúde.

Para o desenvolvimento deste diagnóstico de situação teremos por fio condutor a metodologia científica do processo de enfermagem (Alfaro-Lefevre, 2010) e como modelo teórico orientador, o modelo teórico de Betty Neuman, pois numa dimensão multidimensional dirige-se à unidade total, a qual pode ser usada para descrever um indivíduo, um grupo ou uma comunidade (Neuman, 1995).

Como modelo sistémico que é, compreende os stressores e a reação aos mesmos e à unidade total, interagindo ativamente com o ambiente que os rodeia, adaptando-se claramente à visão multidimensional pretendida com a realização deste estudo, com possibilidade de intervenção a diferentes níveis de prevenção da história natural da doença.

O enfermeiro que trabalha com e para a comunidade promove os processos de readaptação, educando e ajudando a gerir melhor os recursos internos e externos não só da pessoa, mas também da família e comunidade. Estes compreendem dimensões tão complexas como a psicológica, a sociocultural, a espiritual, a fisiológica e a de desenvolvimento (Neuman, 1995).

Contextualizando sucintamente no nosso estudo e particularmente na nossa população alvo – enfermeiros que desenvolvem a sua atividade profissional na Linha de Saúde Comunitária,

11

considerámo-los como centro do nosso interesse. Os stressores caracterizados por serem condições capazes de causar instabilidade na relação enfermeiro-ambiente de trabalho são influenciados por diferentes variações socioculturais ou biológicas, como capacidades físicas ou psicológicas. De acordo com estas variações as linhas de resistência que envolvem o enfermeiro confrontar-se-ão com os stressores; as linhas mais externas, as de defesa formam uma barreira protetora antes deste ser afetado.

4 – METODOLOGIA

A metodologia científica constitui-se como um conjunto de métodos e de técnicas que guiam a operacionalização do processo de investigação científica (Fortin, 2009).

Neste capítulo pretende-se enunciar os métodos, estratégias e procedimentos segundo os quais se operacionalizará o diagnóstico das necessidades/ problemas sentidos pelos enfermeiros que desenvolvem a sua atividade no atendimento da linha de saúde pública.

Assim neste capítulo propõe-se delinear: o desenho do estudo, caracterizar sucintamente os enfermeiros da Linha de Saúde Pública – população alvo, métodos de colheita e análise de dados e procedimentos éticos a estes associados.

4.1 – DESENHO DO ESTUDO

Dado que o nosso estudo se situará na realização de diagnóstico de situação, onde caracterizamos, descrevemos e analisamos fatos para a identificação de problemas/ necessidades, enunciado que se situa segundo Fortin (2009) ao nível da hierarquia de conhecimentos, que corresponde à exploração de fenómenos, considerámo-lo como descritivo e exploratório (Gil, 2008).

A pesquisa descritiva observa, regista e analisa factos e fenómenos sem os manipular, na procura com a maior precisão possível da frequência com que um fenómeno ocorre e a sua relação e conexão com outros (Cervo et al, 2007).

Constituir-se-á também como um estudo transversal na medida em que se realizará num momento determinado e delimitado, “fotografando” a realidade, tendo como objetivo principal o aprofundamento de ideias e descoberta de novos dados (Gil, 2008)

4.2 – POPULAÇÃO EM ESTUDO

Uma população é definida por Fortin, como *“uma coleção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios”* (2009, p.202). É necessário definir-se de forma precisa a população a estudar e, consequentemente, os elementos que a constituem.

A população alvo concretiza-se nos 75 enfermeiros que desenvolvem atividades na Linha de Saúde Pública da Direção-Geral de Saúde, pelo que não será seleccionada amostra, pois

considera-se toda a população acessível (Fortin, 2009), conseguindo diagnosticar e validar com todos as suas necessidades/ problemas face ao desenvolvimento das suas atividades no atendimento da linha telefónica, pelos diferentes métodos e vias de comunicação que especificaremos de seguida.

4.3 – MÉTODO DE COLHEITA E ANÁLISE DE DADOS

Os métodos de colheita de dados para apreciação da comunidade envolvem estudos, entrevistas a informantes chave, entre outros adaptados face ao objetivo do estudo e tipo de informação a ser recolhida.

Numa fase inicial do estudo com objetivo da caracterização global da organização funcionamento da Linha de Saúde Comunitária recorrer-se-á a entrevista a informante chave, selecionando o chefe de equipa da unidade de apoio ao centro de atendimento do Serviço Nacional de Saúde, como elemento privilegiado para este fim (Quivy e Campenhoudt, 2005; Costa, 1986). Com o mesmo objetivo planeamos ainda momentos de acompanhamento com enfermeiros da Linha de Saúde Comunitária aquando do atendimento.

Com a realização de RSL¹, não foi identificado um instrumento de colheita de dados que se relacionasse com colheita de dados a enfermeiros que fazem atendimento a utentes por linha telefónica, no âmbito do diagnóstico das suas necessidades ou problemas no desenvolvimento da atividade profissional. Assim, é necessário o desenvolvimento de um instrumento de colheita de dados, que permita concomitantemente a caracterização do grupo-alvo e identificação das suas necessidades/ problemas face ao desenvolvimento da sua atividade profissional na Linha de Saúde Pública, no sentido da sua otimização.

A utilização de um inquérito sob a forma de questionário constituído por questões fechadas permite analisar os conteúdos a abordar, permite a confidencialidade e anonimato e facilita a análise dos dados, podendo as questões dizer respeito à situação social, profissional ou familiar sendo dado relevo às suas opiniões e expectativas (Quivy e Campenhoudt, 2005). O objetivo de um inquérito pode ser definido como uma interrogação particular acerca de uma situação englobando indivíduos, com o objetivo de generalizar (Ghiglione e Matalon, 2001).

O questionário foi elaborado tendo como sustentabilidade teórica o modelo teórico de Betty Neuman, nomeadamente no que se refere aos contextos intrassistémico, entersistémico e extrasistémico, assim como os objetivos da LSP (Anexo 1), encontrando-se o mesmo ainda em fase de revisão.

¹ Revisões sistemáticas da literatura efetuadas no âmbito da avaliação da UC Enfermagem Comunitária do 4º CPLEEC

A validação do questionário, com o objetivo de determinar a clareza e precisão dos termos, necessidade da sua revisão, congruência nas questões elaboradas ou alteração da formulação das mesmas será efetuada com recurso à aplicação do questionário a *enfermeiros sentinela*, enfermeiros que atualmente não estão no atendimento da Linha de Saúde Comunitária, mas já integraram a equipa e poderão integrar a equipa novamente a qualquer momento se for considerado necessário, considerando assim que detém a informação necessária para caracterizar a situação do contexto do projeto.

Divulgaremos inicialmente os objetivos e metodologia do nosso estudo à população alvo, por intermédio do chefe de equipa da unidade de apoio ao centro de atendimento do Serviço Nacional de Saúde via email, pois constitui-se como o recurso mais rápido e eficaz de comunicação com os mesmos dado a sua localização geográfica dispersa sendo que o questionário será também enviado por esta via.

Contactaremos pessoalmente com os enfermeiros no dia 31 de janeiro, dia em que todos se encontrarão em Lisboa para reunião de equipa, momento privilegiado para e colhermos dados e aplicarmos o questionário.

Após a aplicação dos questionários aos enfermeiros o tratamento dos dados será processado recorrendo ao programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS), com posterior análise descritiva e analítica.

4.4 – PROCEDIMENTOS ÉTICOS E FORMAIS

A conduta ética abrangerá todas as etapas do desenvolvimento do nosso estudo (ICN, 2007), tendo especial relevo na aplicação das diferentes técnicas de colheita de dados mencionadas anteriormente e em especial:

- Fornecimento aos enfermeiros de todas as informações solicitadas e necessárias para a compreensão do objetivo do estudo para posterior decisão da aceitação ou não da sua participação – consentimento informado;
- Garantia do anonimato e confidencialidade das informações dadas pelos mesmos;
- Esclarecimento os enfermeiros de que são livres de abandonar o estudo quando o desejarem, sem que daí advenha qualquer prejuízo.

Neste âmbito, no tratamento dos dados comprometemo-nos a que estes sejam analisados com rigor e isentos de juízos de valor, confrontando-os com o produzido por outros autores (Nunes, 2013).

Se a divulgação dos resultados ultrapassar o âmbito académico, só identificaremos a instituição contextual do estudo, após a sua autorização formalmente expressa.

5 – PLANO DE ATIVIDADES

A planificação das atividades a desenvolver é essencial, pois permite analisar a realidade e prever formas de superar dificuldades para alcançar os objetivos delineados.

Apresentar-se-á de seguida o plano de atividades (Quadro nº 1) enquanto previsão e decisão face ao que pretendemos realizar e como se pretende operacionalizar no tempo disponível para a realização deste estudo. Enquanto instrumento de referência é apresentado de forma esquemática referenciando as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, salvaguardando a possibilidade de poder ser necessário adapta-lo na sua operacionalidade.

Projetou-se ainda as atividades a desenvolver de acordo com o espaço temporal em que ocorrerão, no cronograma que se encontra no Anexo 2.

Os Resultados das Intervenções de Enfermagem na Linha Saúde Pública

Quadro nº 1 – Plano de atividades para o desenvolvimento do Estágio I

Objetivo geral - Demonstrar capacidades de análise das situações de saúde com impacto comunitário e na família.				
Unidades de competências de Enfermeiro Especialista a Adquirir	Objetivos específicos	Atividades	Quem	Quando /Onde
G1.1 Procede à elaboração do Diagnóstico de Saúde da Comunidade	Preparar elaboração de projeto de estágio	- Reunião de preparação do desenvolvimento do estágio com coordenador da LSP e professoras orientadoras	AS; AC; MR	08 jan DGS
		- Apresentação do projeto de estágio delineado, com professores e colegas	MR	13 jan ESSS
		- Apresentação do projeto de estágio ao enfermeiro coordenador da linha e enfermeiro cooperante do estágio	AS e AC	14 jan DGS
	Sistematizar conhecimento relativo à prestação de cuidados de enfermagem com recurso ao atendimento telefónico	- Realização de momentos informais de reflexão e partilha de experiências entre colegas;	AS; AC; MR	Ao longo do estágio/ Local a determinar
		- Realização de pesquisa bibliográfica;		
		- Reunião com as professoras orientadoras.		
	Integrar a dinâmica e o funcionamento da Linha de Saúde Pública	- Entrevista com informante-chave en ^o Sérgio Gomes, coordenador da LSP;	AS; AC	17 jan DGS
		- Observação das atividades da equipa de enfermeiros da linha de saúde pública;	AS; AC; MR	20-24 jan DGS
		- Consulta e análise de documentos técnicos e relatórios.	AS; AC; MR	27-30 jan DGS

17

Quadro nº 1 - Plano de atividades para o desenvolvimento do Estágio I

Objetivo geral - Demonstrar capacidades de análise das situações de saúde com impacto comunitário e na família.				
Diagnosticar necessidades / problemas em cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde familiar				
Unidades de competências de Enfermeiro Especialista a Adquirir	Objetivos específicos	Atividades	Quem	Quando /Onde
G1.1 Procede à elaboração do Diagnóstico de Saúde da Comunidade	(Cont.) Identificar problemas dos enfermeiros que desenvolvem a sua atividade em contexto da Linha de Saúde Pública	(Cont.)	AS; AC; MR	28 jan/ via mail
		- Realização de pré-teste a enfermeiros sentinela;		31 jan DGS
		- Aplicação do ICD à população alvo (75 enfermeiros);		3-7 fev
		- Tratamento e análise dos dados;	AC; MR	7 fev/ DGS
		- Entrevista com informante chave (enfermeiro coordenador da linha) para validação da informação.		10 fev/ via mail
		- Validação dos problemas/ necessidades identificados com os enfermeiros da LSP		05 fev/ ESSS
	Avaliar o desenvolvimento do projeto de estágio	- Apresentação do decorrer do projeto em workshop de estágio	AS; AC; MR	27 fev/ ESSS
		- Apresentação e discussão do diagnóstico, em seminário		17 a 22 fev
		- Elaboração do relatório de estágio		

18

Os Resultados das Intervenções de Enfermagem na Linha Saúde Pública

Quadro nº 1 - Plano de atividades para o desenvolvimento do Estágio I

Objetivo geral – Planear o projeto de intervenção em cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde familiar				
Unidades de competências de Enfermeiro Especialista a Adquirir	Objetivos específicos	Atividades	Quem	Quando /Onde
<p>G1.2 Estabelece as prioridades em saúde de uma comunidade</p> <p>G1.3 Formula objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas</p> <p>G1.4 Estabelece programas e projetos de intervenção com vista à resolução de problemas identificados</p>	<p>Definir prioridades de intervenção na comunidade em enfermagem comunitária</p> <p>Definir estratégias a desenvolver face à área de intervenção prioritizada</p> <p>Elaborar o projeto de intervenção na comunidade</p>	Elaboração do projeto individual de intervenção na comunidade	Cada elemento do grupo individualmente	03 – 07 mar

Legenda: AS – Andreia Silva; AC – Anabela Coelho; MR – Marta Rosa

6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que o projeto de intervenção a desenvolver no contexto apresentado se coaduna com o desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, na medida em que as suas competências específicas, referem que este deve desenvolver a sua prática “centrada na comunidade” com um papel fundamental na “resolução dos problemas colocados pelos cidadãos no sentido de formar uma sociedade forte e dinâmica” assumindo “um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade), proporcionando efetivos ganhos em saúde” e ao mesmo tempo capacitar e empoderar a comunidade onde desenvolve programas e projetos de intervenção (Regulamento n.º 128/2011, 2011).

Considera-se ainda que a elaboração do presente projeto como essencial e orientador para o desenvolvimento de todo o ensino clínico. A sua execução permitiu-nos organizar as atividades que pretendemos desenvolver ao longo do estágio, conduzindo-nos à reflexão e análise dos recursos necessários à sua concretização, tendo como base os objetivos delineados.

As atividades definidas, no sentido da consecução dos objetivos propostos contribuirão para a aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, nomeadamente no que se refere ao “estabelecimento, com base na metodologia do planeamento em saúde, a validação do estado de saúde de uma comunidade” (OE, 2009).

Assim, é fulcral a utilização de métodos de avaliação crítica, sistemática e contínua dos problemas, das necessidades, dos recursos, das políticas e das formas de intervenção, de modo a serem tidas em conta e a serem incorporados na gestão de projetos de intervenção comunitária em saúde (DGS, 2003).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alfaro-Lefevre, R. (2010). *Aplicação do processo de enfermagem: uma ferramenta para o pensamento crítico*. 7ª Edição, Porto Alegre : ArtMed
- Cervo, A., Bervian, P. e Silva, R. (2007). *Metodologia Científica*. 6ª Edição, São Paulo: Pearson Prentice Hall
- Costa, A. (1986). *A pesquisa de terreno em sociologia*. A. S. Silva & J. M. Pinto (Orgs.), *Metodologia das Ciências Sociais*. Porto: Afrontamento
- Direção-Geral da Saúde (2003). *Saúde na Comunidade: Guia Orientador para a Elaboração de Indicadores*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Portugal.
- Portugal. Ministério da Saúde (2009). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros* Diário da República, 1.ª série — N.º 180 — 16 de setembro de 2009, Lei n.º 111/2009 de 16 de setembro.
- Portugal. Ministério da Saúde (2011). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Diário da República, 2.ª série, N.º 35, 18 de fevereiro de 2011, Regulamento n.º 128/2011
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusociência
- Ghiglione, R., e Matalon, B. (2001). *O Inquérito: Teoria e Prática*. Oeiras: Celta Editora
- Gil, A. (2008). *Como elaborar projetos de pesquisa*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- Granapathy, K. e Ravindra, A. (2011). Telenursing in an emerging economy: an overview in Telenursing. In S. a. Kumar, *Telenursing*. London: Spinger-Verlag.
- Holmström, I. (2007). Decision aid software programs in telenursing: not used as intended? Experiences of Swedish telenurses. *Nursing and Health Sciences*, 23-28.

Imperatori, E. e Giraldes, M. (1993). *Metodologia do planeamento da saúde : manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. 3ª Edição. rev. atualizada. Lisboa : ENSP

International Council of Nurses (2007). *Statement position in Nursing Research*. Adopted in 1999. Reviewed and revised in 2007

Knowles E., O’Cathain A., Morrell J., Munro J., Nicholl J. (2002). NHS Direct and nurses - opportunity or monotony? *International Journal of Nursing Studies*, 39: 857-866.

Kumar, S. (2011). Telenursing : An audit . In S. a. Granapathy K. and Ravindra A : Telenursing in an emerging economy: an overview in Kumar, *Telemursing*. London: Spinger-Verlag.

Larsen, A. (2005). In the public interest: autonomy and resistance to methods of standardising nurses’ advice and practices from a health call centre in Perth, Western Australia. *Nursing Inquiry*. 12(2): 135-143.

Ledlow, G., Dan O’Hair, H. e Moore, S. (2009). Predictors of Communication Quality:The Patient, Provider, and Nurse Call Center Triad. *Health Communication* , 431-455.

Neuman, B. (1995). *The Neuman Systems Model*. Third Edition, Library of Congress: USA

Nunes, L. (2013). *Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS/ IPS Campus do IPS

Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Regulamento do perfil das competências dos enfermeiros de cuidados gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Portugal. Ministério da Saúde (2011). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Diário da República, 2.ª série, N.º 35, 18 de fevereiro de 2011, Regulamento n.º 128/2011

Quivy, R. e Campenhoudt, L. (2005). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. 4ª ed., Lisboa: Gradiva

Stanhope, M., Lancaster, J. (2011). *Enfermagem Comunitária: Cuidados de saúde na comunidade centrados na população*. 4ª Edição. Lusociência: Edições Técnicas e Científicas Lda, 1999.

Strom M., Marklund B., Hildingh C. (2006). Nurses' perceptions of providing advice via a telephone care line. *British Journal of Nursing*, Vol 15, No 20.

WEBGRAFIA

Gomes, S. (2009). *Saúde 24: Centro de atendimento do serviço nacional de saúde*. Apresentação realizada na Conferência: "As TIC e a Saúde no Portugal de 2009" promovida pela APDSI. On line www.apdsi.pt/uploads/news/id305/sergio%20gomes.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2012). Secção Regional dos Açores - Artigos Publicados na Imprensa Regional. *O Planeamento em Saúde no âmbito do desenvolvimento Comunitário*. Acedido a 11 de janeiro 2014 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acores/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/OsEnfermeirosOPlaneamentoemsaude.aspx>

Ordem dos Enfermeiros (2011). *A intervenção do enfermeiro especialista em saúde comunitária: ganhos em saúde*. Secção Regional dos Açores - Artigos Publicados na Imprensa Regional. Acedido a 11 de janeiro 2014 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acores/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/OsEnfermeirosOPlaneamentoemSa%C3%B3Ade.aspx>

Parra, F., Gomes, S., Carrasquero, S. (2007). *Telemedicina – Onde estamos e para onde vamos...Capítulo 3: Telemedicina, Teleconsulta, Telediagnóstico, Telecuidados e Telemonitorização – Alguns casos em Portugal*. Associação para a Promoção e Desenvolvimento da Sociedade da Informação. On line www.apdsi.pt/uploads/news/id177/cap%C3%ADtulo%203_parte%208a12_telemedicina_1049_20071211.pdf

ANEXOS

24

102

ANEXO 1 – Proposta de questionário

25

103

Os Resultados das Intervenções de Enfermagem na Linha Saúde Pública

QUESTIONÁRIO AO GRUPO POPULACIONAL ENFERMEIROS DA LINHA DE SAÚDE PÚBLICA COMO CLIENTE

1 - Contexto Intrassistémico

1.1 CARACTERÍSTICAS FISIOLÓGICAS: (Assinale com um X a resposta adequada)

a) Estilos de vida incluindo comportamentos de risco	Sim	Não
Prática de exercício físico		
Hábitos tabágicos		
b) Doenças Crónicas		
Alimentação equilibrada/ saudável		
Bom estado de saúde		

1.2 CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS: (Assinale com um X a resposta adequada)

a) Avaliação do estado de saúde emocional	Sim	Não
Alegre		
Solidário		
Depressivo		
Outro (s) _____		

1.3 CARACTERÍSTICAS DE DESENVOLVIMENTO: Estado de maturidade profissional (Assinale com um X a resposta adequada)

a) Anos experiência profissional como enfª	b) Outros contextos de Trabalho (atuais ou anteriores)	Sim	Não
0-4	Especifique qual (ais) _____		
5-9			
10-14			
» 15			

1.4 CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURAIS (Assinale com x a opção adequada)

a) Grupo etário	
20-34	
35-50	
51-64	
Mais de 65	

b) Sexo	
M	
F	

26

104

Os Resultados das Intervenções de Enfermagem na Linha Saúde Pública

c) Residência profissional (região)	
Norte	
Centro	
Lisboa e Vale do Tejo	
Alentejo	
Algarve	

d) Nível académico	
Licenciatura	
Mestrado	
Doutoramento	
Pós Doutoramento	

2 – Contexto Intersistémico e Extrassistémico

(Assinale com um X a resposta adequada)

a) Avaliação do Contexto de trabalho	Sim	Não
Considera que este contexto dispõe de recursos humanos suficientes		
Se considerou Não, fundamente a sua opção		
Considera que este contexto possui o suporte tecnológico adequado		
Se considerou Não, fundamente a sua opção		

Relativamente ao desenvolvimento de atividades como enfermeiro (a) na Linha de Saúde Pública:

(Assinale com um X a resposta adequada)

b) Como percebe a sua atividade	
Estimulante/ Desafiante	
Monótona	

c) Como avalia a sua Autonomia no desempenho das suas funções	
Autonomia Total	
Autonomia Mediada/Partilhada (??)	
Autonomia Reduzida	

d) Como avalia os recursos de apoio à decisão de que dispõe	
Insuficientes /Inadequados?	
Suficientes/adequados	
Justifique a sua opção	

(Assinale com um X a resposta adequada)

e) Hierarquize as capacidades enumeradas pelo grau de importância que lhes atribui no seu desempenho neste contexto (atribuindo 1 à mais importante e assim sucessivamente)	
Capacidade de interpretação	

27

Os Resultados das Intervenções de Enfermagem na Linha Saúde Pública

Bom senso	
Confiança	
Intuição	
Juízo clínico	
Conhecimentos Técnicos	
Tomada de decisão	
Capacidade de reconhecer utentes em diferentes níveis de dificuldades	
Capacidade de Escuta Ativa	
Outra (s) Qual (is)	

(Assinale com um X a resposta adequada)

f) Hierarquize as capacidades enumeradas pelo grau de importância que lhes atribui no seu desempenho neste contexto (atribuindo 1 à mais importante e assim sucessivamente)	
Educar para ...	
Orientar para...	
Encaminhamento para ...	
Outra (s) Qual (is)	

(Assinale com um X a resposta adequada)

g) Considera que a avaliação do nível de satisfação da população atendida como:	
Muito importante	
Importante	
Pouco importante	
Nada importante	

(Assinale com um X a resposta adequada)

h) Considera vantajosa a utilização de procedimentos protocolados neste contexto?	Sim	Não
--	-----	-----

Justifique a sua opção

(Assinale com um X a resposta adequada)

i) Considera o suporte de registo adequado às necessidades	Sim	Não
---	-----	-----

Se respondeu não justifique a sua opção

(Assinale com um X a resposta adequada)

j) Áreas do suporte de registo atual, com necessidade de revisão	
Identificação	
Relato da ocorrência	
Aconselhamento	
Encaminhamento	
Comunicação	
Que outro (s) campo (s) introduziria?	

Os Resultados das Intervenções de Enfermagem na Linha Saúde Pública

(Assinale com um X a resposta adequada)

l) Perceciona necessidade de formação para melhorar o seu desempenho	Sim	Não
Se respondeu sim refira a(s) área(s) a desenvolver		

(Assinale com um X a

resposta adequada)

m) Considera a informação da população sobre este serviço adequada?	Sim	Não
Se respondeu não, refira o que sugere para otimizar esta dimensão		

(Assinale com um X a

resposta adequada)

n) Como avalia a importância deste serviço para a comunidade	
Muito importante	
Importante	
Pouco importante	
Nada importante	

(Assinale com um X a resposta adequada)

o) Como considera que o aconselhamento de enfermagem é adotado pela população?	
Adotado na maioria das vezes	
Quase nunca é adotado	
É sempre adotado	

(Assinale com um X a resposta adequada)

p) Considera que o resultado da sua intervenção de enfermagem deveria ser medida em termos de:	
Resultados em Saúde	
Adequabilidade da referência/aconselhamento	
Satisfação do cidadão	
Nível de cumprimento do aconselhamento	
Avaliação de Custos/Poupança para o Sistema de Saúde	

Texto convertido pelo conversor da Porto Editora, respeitando o Acordo Ortográfico de 1990.

ANEXO 2 – Cronograma de atividades

31

109

Os Resultados das Intervenções de Enfermagem na Linha Saúde Pública

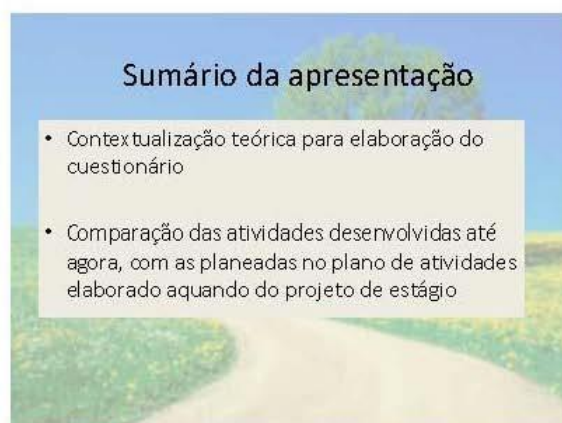
CRONOGRAMA DE ATIVIDADE

MÊS	JANEIRO				FEVEREIRO				
SEMANAS Dias/ Atividades	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª
Elaboração do projeto de estágio									
Apresentação projeto estágio									
Pesquisa bibliográfica;									
Reunião com as professoras /cnº Orientador (as)									
Entrevista com informante chave									
Acompanhamento das atividades da equipa de enfermeiros da linha de saúde pública;									
Consulta e análise de documentos técnicos e relatórios									
Elaboração ICD									
Realização de pré-teste									
Aplicação de ICD									
Tratamento dos dados									
Entrevista com informante chave									
Apresentação, discussão e validação das conclusões do estudo									
Redação do relatório de estágio									
Elaboração do projeto de intervenção individual									

32

ANEXO 2 – Apresentação da operacionalização das atividades no Workshop

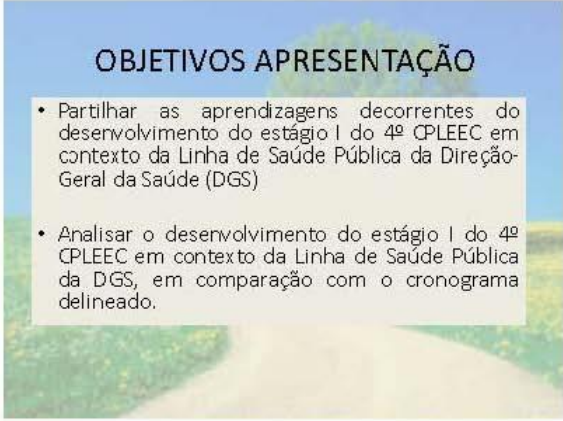
09-12-2014



1

112

09-12-2014



OBJETIVOS APRESENTAÇÃO

- Partilhar as aprendizagens decorrentes do desenvolvimento do estágio I do 4º CPLEEC em contexto da Linha de Saúde Pública da Direção-Geral da Saúde (DGS)
- Analisar o desenvolvimento do estágio I do 4º CPLEEC em contexto da Linha de Saúde Pública da DGS, em comparação com o cronograma delineado.





808 211 311
LINHA SAÚDE PÚBLICA

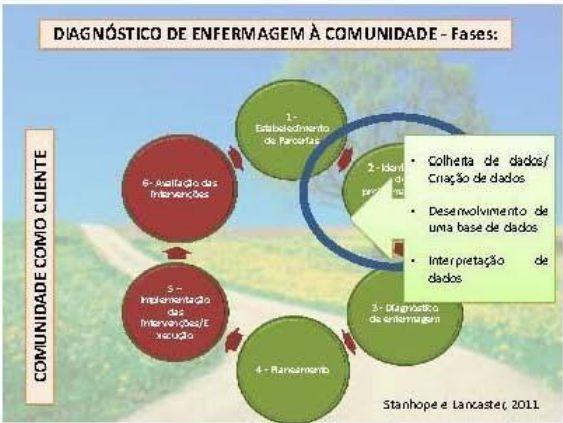
LINHA DE SAÚDE PÚBLICA

O projecto "Linha de Saúde Pública" centra-se numa estratégia integrada de acessibilidade dos cidadãos aos profissionais de saúde numa óptica de aconselhamento e encaminhamento face a problemas de Saúde Pública, registados sazonalmente ou em outras situações críticas (re)emergentes.

2

113

09-12-2014



09-12-2014

QUESTIONÁRIO AO GRUPO POPULACIONAL ENFERMEIROS DA LINHA DE SAÚDE PÚBLICA
COMO CLIENTE

1 - Contexto intrasistémico

Assinale a resposta adequada

1.1 CARACTERÍSTICAS FISIOLÓGICAS:

a) Estilos de vida incluindo comportamentos de risco	Sim	Não
Frática do exercício físico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Habitos tabágicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alimentação equilibrada/saudável	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Doenças Crónicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Bom estado de saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

1.2 CARACTERÍSTICAS PSICOSSOCIAIS:

d) Avaliação do estado de saúde emocional	Sim	Não
Ansioso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depresso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quase normal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outro (p):		

1.3 CARACTERÍSTICAS DO DESENVOLVIMENTO:

h) Avalie a capacidade funcional real?	b) Avalie a capacidade real da linha de saúde:	
Sim	<input type="radio"/>	Física
Não	<input type="radio"/>	0-4
20-24	<input type="radio"/>	5-9
25-29	<input type="radio"/>	10-14
30-34	<input type="radio"/>	15-19

i) Como avalia o seu estado atual?	j) É enfermeiro especialista?	
Normal	<input type="radio"/>	Sim
Centro de Saúde	<input type="radio"/>	Não

Se sim, qual a especialidade?	
Salud Infantil	<input type="radio"/>
Salud Mental	<input type="radio"/>
Reabilitação	<input type="radio"/>
Medicina Urgência	<input type="radio"/>
Enfermagem	<input type="radio"/>

4

09-12-2014

LA CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURAIS

a) Grupo etário		b) Sexo	
20-34	<input type="checkbox"/>	M	<input type="checkbox"/>
35-44	<input type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/>
45-54	<input type="checkbox"/>		
55 ou mais	<input type="checkbox"/>		

c) Residência profissional (região)		d) Habilitações Académicas (grau mais elevado)	
Norte	<input type="checkbox"/>	Licenciatura	<input type="checkbox"/>
Centro	<input type="checkbox"/>	Mestrado	<input type="checkbox"/>
Sul e Região Alentejo	<input type="checkbox"/>	Doutoramento	<input type="checkbox"/>
Açores	<input type="checkbox"/>	Formação superior	<input type="checkbox"/>
Algarve	<input type="checkbox"/>		

2. Contexto Interorganizacional e Extraorganizacional

a) Avaliação do Contexto organizacional	Sim	Não
Considera que este contexto dispõe de recursos humanos suficientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Considera que este contexto possui o suporte tecnológico adequado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Relativamente ao desenvolvimento de actividades como enfermeiro (a) na Linha de Saúde Pública:

b) Como perceciona a sua actividade		c) Como avalia a sua Autonomia no desempenho das suas funções	
Exercitante/Desafiante	<input type="checkbox"/>	Autonomia Total	<input type="checkbox"/>
Não exercitante	<input type="checkbox"/>	Autonomia Média	<input type="checkbox"/>
		Autonomia Reduzida	<input type="checkbox"/>

d) Como avalia os recursos na Unidade de Saúde		e) De como tem sido a sua participação na Linha de Saúde Pública, relativamente ao	
Insuficientes/Insatisfatórios	<input type="checkbox"/>	perceção de	
Suficientes/Adequados	<input type="checkbox"/>	Muito Satisfatório	<input type="checkbox"/>
		Satisfatório	<input type="checkbox"/>
		Nem insatisfeito nem insatisfeito	<input type="checkbox"/>
		Insatisfeito	<input type="checkbox"/>
		Muito insatisfeito	<input type="checkbox"/>

5

09-12-2014

c) Atribua pesos às suas capacidades, atribuindo-lhes pelo grau de importância que lhes atribui no seu desempenho neste contexto (atribuindo 1 à mais importante e assim sucessivamente).

Capacidade do Interpretante	
Bom senso	
Confiança	
Atenção	
Atividade	
Capacidade de decisão	
Atendimento ao nível da diversidade dos clientes	
Estado físico	
Estado psicológico	

f) Atribua pesos às capacidades aramadas pelo grau de importância que lhes atribui no seu desempenho neste contexto (atribuindo 1 à mais importante e assim sucessivamente).

Capacidade	
Estado físico	
Estado psicológico	
Atendimento ao nível da diversidade dos clientes	
Capacidade de decisão	
Atividade	
Confiança	
Bom senso	

g) Atribua a resposta adequada:

Considera a avaliação da satisfação da população atendida como algo:	
Muito importante	<input type="radio"/>
Importante	<input type="radio"/>
Pouco importante	<input type="radio"/>
Nada importante	<input type="radio"/>

h) Considera vantajosa a utilização de procedimentos protocolados: Sim ☐ Não ☐

Se respondeu não justifique a sua opção:

i) Considera essencial a utilização de procedimentos protocolados: Sim ☐ Não ☐

Se respondeu não justifique a sua opção:

Atribua as respostas adequadas:

Considera vantajosa a utilização de procedimentos protocolados:	
Atendimento	
Estado de consciência	
Aconselhamento	
Entendimento	
Comunicação	
Atividade física, estado psicológico	
Não se introduziu nenhuma	

6

117

09-12-2014

1) Identifique a necessidade de formação para melhorar o seu desempenho	Sim	Não
	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se não responder, explique o motivo e a necessidade:		
2) Considere a informação da população sobre este serviço adequada?	Sim	Não
	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Se não responder, explique o motivo e a necessidade:		
3) Como avalia a importância de este serviço para a comunidade da Ilha da Encana?		<input type="radio"/>
Muito Importante		<input checked="" type="radio"/>
F pouco importante		<input type="radio"/>
Nada importante		<input type="radio"/>
4) Como considera que a comunidade da Encana está bem informada para população?		<input checked="" type="radio"/>
Sempre		<input type="radio"/>
Quase sempre		<input checked="" type="radio"/>
Raramente		<input type="radio"/>
Nunca		<input type="radio"/>

[illegible]

09-12-2014

Que indicadores de resultados em saúde (significativos e mensuráveis) consideras úteis para avaliar o impacto da tua intervenção na população atendida?				
	Muito importante	Importante	Pouco importante	Não importante
Taxa de mortalidade de intervenções	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nº de casos encaminhados com clareza e com a devida continuidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nº de casos diagnosticados corretamente numa determinada área (tumor (especifica e avalia))	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Que indicadores consideras úteis para avaliar o nível de cumprimento do aconselhamento e a adesão ao tratamento da doença?				
	Muito importante	Importante	Pouco importante	Não importante
Tolerância da terapêutica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atuação com condutas paralelas ao tratamento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atualização da informação / visitas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Articulação com estruturas do ACS local (tumor (especifica e avalia))	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Que indicadores consideras úteis para avaliação do Cuidado/Promover para o Sistema de Saúde?				
	Muito importante	Importante	Pouco importante	Não importante
Indicadores de duração de custos/resultados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Indicadores de evidências científicas de redução de custos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Indicadores de avaliação de custos directos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Indicadores de avaliação de custos indirectos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outros (especifica e avalia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

09-12-2014

PLANO DE ATIVIDADES				
Objetivo geral - Demonstrar capacidades de análise das situações de saúde com impacto comunitário e na família.				
Unidades de competências de Enfermeiro Especialista a Adquirir	Objetivos específicos	Atividades	Quem	Quando / Onde
G1.1. Proceder à elaboração do Diagnóstico de Saúde da Comunidade	Preparar elaboração de projeto de estágio	- Reunião de preparação do desenvolvimento do estágio com coordenador da LSP e professoras orientadoras	AS, AC, MR	08 jan/ DGS
		- Apresentação do projeto de estágio delineado, aos professores e colegas	MR	13 jan/ ESSS
		- Apresentação do projeto de estágio ao enfermeiro coordenador da linha e enfermeiro cooperante do estágio	AS e AC	14 jan/ DGS

PLANO DE ATIVIDADES (Cont.)				
Objetivo geral - Demonstrar capacidades de análise das situações de saúde com impacto comunitário e na família.				
Unidades de competências de Enfermeiro Especialista a Adquirir	Objetivos específicos	Atividades	Quem	Quando / Onde
G1.1. Proceder à elaboração do Diagnóstico de Saúde da Comunidade	Sistematizar conhecimento relativo à prestação de cuidados de enfermagem com recurso ao atendimento telefónico	- Realização de reuniões informais de reflexão e partilha de experiências entre colegas;	AS, AC, MR	Ao longo do estágio/ Local a determinar
		- Realização de pesquisa bibliográfica;	MR	
		- Reunião com as professoras orientadoras.		

9

120

09-12-2014

PLANO DE ATIVIDADES (Cont.)				
Objetivo geral: Demonstrar capacidades de análise das situações de saúde com impacto comunitário e na família.				
Unidades de competências de Enfermeiro Especialista a Adquirir	Objetivos específicos	Atividades	Quem	Quando / Onde
G1.1. Proceder à elaboração do Diagnóstico de Saúde da Comunidade	Integrar a dinâmica e o funcionamento da Linha de Saúde Pública	- Entrevista com informante-chave enfº Sérgio Gomes, coordenador da LSP;	AS; AC;	17 jan/ DGS
		- Observação das atividades da equipa de enfermeiros da linha de saúde pública;	AS; AC;	20-24 jan/ DGS
		- Consulta e análise de documentos técnicos e relatórios.	MR	27-30 jan/ DGS

PLANO DE ATIVIDADES (Cont.)				
Objetivo geral: Demonstrar capacidades de análise das situações de saúde com impacto comunitário e na família; diagnosticar necessidades / problemas em cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde familiar				
Unidades de competências de Enfermeiro Especialista a Adquirir	Objetivos específicos	Atividades	Quem	Quando / Onde
G1.1. Proceder à elaboração do Diagnóstico de Saúde da Comunidade	(Cont.) Identificar problemas/ necessidades dos enfermeiros que desenvolvem a sua atividade em contexto da Linha de Saúde Pública	(Cont.)		20 jan/ DGS
		- Realização de pré-teste enfermeiros sentinelas;	AS; AC;	
		- Aplicação do ICD à população-alvo (75 enfermeiros);	MR	31 jan/ DGS
		- Tratamento e análise dos dados;		3-7 fev
		- Entrevista com informante-chave (enfermeiro coordenador da linha) para validação da informação.	AC; MR	7 fev/ DGS
		- Validação dos problemas/ necessidades identificados com os enfermeiros da LSP.	AS; AC; MR	10 fev/via mail

10

121

09-12-2014

PLANO DE ATIVIDADES (Cont.)				
Objetivo geral: Demonstrar capacidades de análise das situações de saúde com impacto comunitário e na família; Diagnosticar necessidades / problemas em cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde familiar				
Unidades de competências de Enfermeiro Especialista a adquirir	Objetivos específicos	Atividades	Quem	Quando / Onde
GI.1. Proceder à elaboração do Diagnóstico de Saúde da Comunidade	Analisar o desenvolvimento do projeto de estágio	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação do documento projeto em workshop de estágio - Apresentação e discussão do diagnóstico, em seminário - Elaboração do relatório de estágio 	AS, AC, MR	05/fev / ESSS 27/fev / ESSS 17 a 22 fev

PLANO DE ATIVIDADES (Cont.)				
Objetivo geral: Demonstrar capacidades de análise das situações de saúde com impacto comunitário e na família; Diagnosticar necessidades / problemas em cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde familiar				
Unidades de competências de Enfermeiro Especialista a adquirir	Objetivos específicos	Atividades	Quem	Quando / Onde
GI.2 Estabelece as prioridades em saúde de uma comunidade	Definir prioridades de intervenção na comunidade em enfermagem comunitária	Elaboração do projeto individual de intervenção na comunidade	AS, AC, MR, Indiv.	03 - 07 mar
GI.3 Formula objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas	Definir estratégias a desenvolver face à área de intervenção prioritizada			
GI.4 Estabelece programas e projetos de intervenção com vista à resolução de problemas identificados	Elaborar o projeto de intervenção na comunidade			

11

122

09-12-2014



12

123

ANEXO 3 – Apresentação das atividades desenvolvidas no estágio em Seminário

09-12-2014



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM



4º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

ESTÁGIO I

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM NA COMUNIDADE

ENFERMEIROS DA LINHA SAÚDE PÚBLICA DGS

Anabela Coelho
Andreia Silva
Marta Rosa

Santarém
27 de fevereiro de 2013

1

OBJETIVOS DA APRESENTAÇÃO

- Apresentar o percurso desenvolvido durante a realização do Estágio I do 4º Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária desenvolvido com os enfermeiros da LSP, de acordo com a metodologia de planeamento em saúde
- Apresentar os resultados do diagnóstico de necessidades/ problemas dos enfermeiros que desenvolvem a sua atividade em contexto da Linha de Saúde Pública da Direção-Geral da Saúde (DGS), tendo como fio condutor o modelo Teórico de Betty Neuman

2

1

125

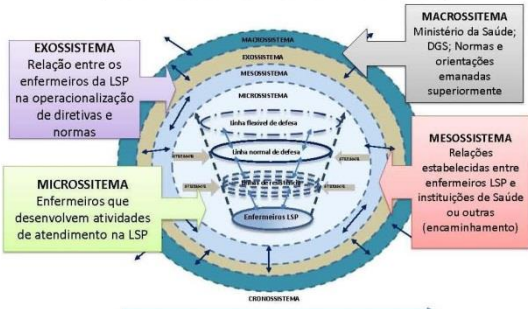
09-12-2014

ENFERMEIROS LSP – ABORDAGEM ECO SISTÊMICA



3

ABORDAGEM ECOSSISTÊMICA



Adaptado de Bronfenbrenner e Morris, 1999 e Betty Neuman, 1995

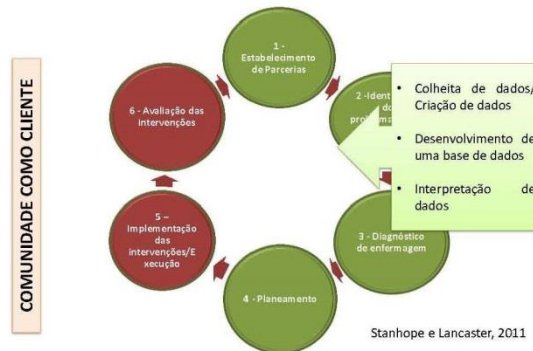
4

2

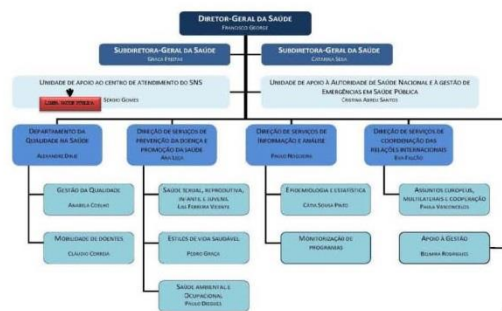
126

09-12-2014

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM NA COMUNIDADE - Fases:



CARATERIZAÇÃO DA LINHA DE SAÚDE PÚBLICA



3

127

09-12-2014



Linha de Saúde Pública

O projecto "Linha de Saúde Pública" centra-se numa estratégia integrada de acessibilidade dos cidadãos aos profissionais de saúde numa óptica de aconselhamento e encaminhamento face a problemas de Saúde Pública, registados sazonalmente ou em outras situações críticas (re)emergentes. DGS, 2012

Os objetivos principais :

- Maior disponibilização de informação validada aos cidadãos e aos profissionais do Serviço Nacional de Saúde;
- Aproximar e sensibilizar o cidadão para as questões da prevenção e da promoção da saúde;
- Potenciar a participação dos cidadãos e da sociedade civil no sistema de saúde;
- Maior adequação dos cuidados de saúde para gerar mecanismos de comparação e emulação das melhores práticas.

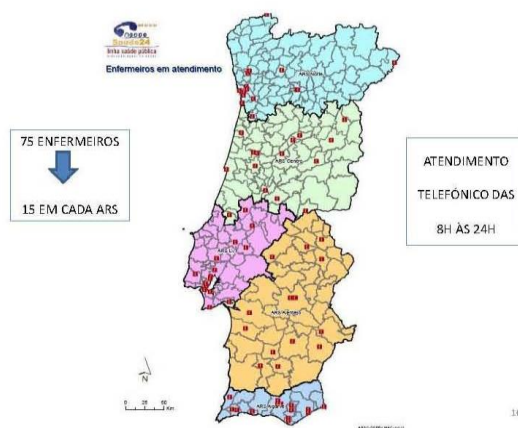
4

128

09-12-2014

Metodologia adotada

- Suporte tecnológico da central telefónica e telefones móveis, software e operacionalização do site da DGS para acesso à área reservada da Linha;
- Utilização de entrevista telefónica padronizada, com protocolos de atuação e manuais de apoio técnico-normativos apoiando a tomada de decisão;

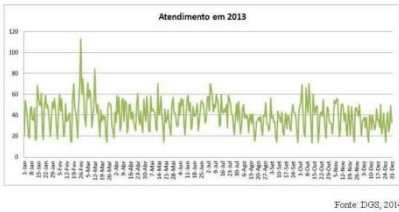


5

129

09-12-2014

Figura nº 1 – Atendimentos enfermeiros LSP, por dia durante o ano de 2013



11

Figura nº 2 - Atendimentos enfermeiros LSP, por mês durante o ano de 2013



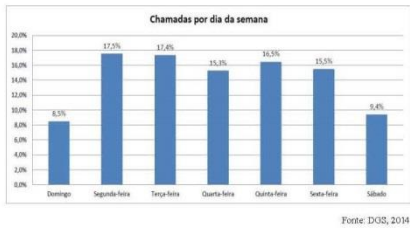
12

6

130

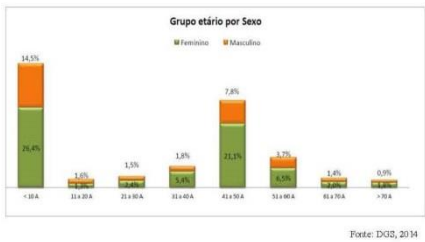
09-12-2014

Figura nº 3 – Distribuição do número de chamadas por dia da semana na LSP



13

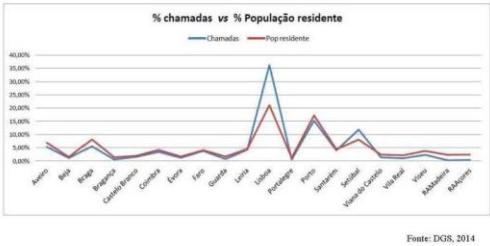
Figura nº 4 - Distribuição das chamadas por grupo etário e sexo dos clientes a (quem os problemas pertenciam)



14

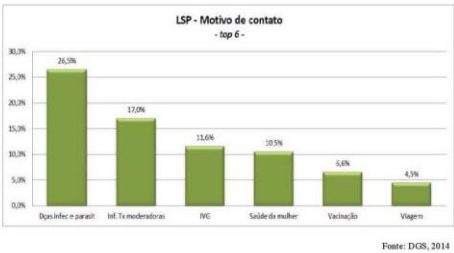
09-12-2014

Figura nº 5 – Distribuição da % de chamadas para a LSP por distrito e a % da população residente nesses distritos em 2013



15

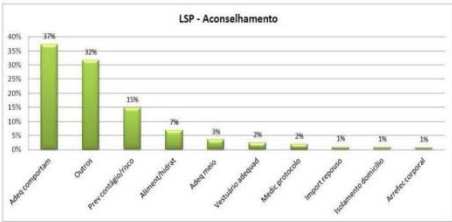
Figura nº 6 – Distribuição dos seis principais motivos de contato com a LSP, no ano 2013



16

09-12-2014

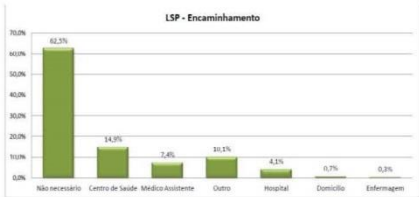
Figura nº 7 – Distribuição do tipo de aconselhamento efetuado pelos enfermeiros da LSP no ano 2013



Fonte: DOS, 2014

17

Figura nº 8 - Distribuição do tipo de encaminhamento efetuado pelos enfermeiros da LSP no ano 2013



Fonte: DOS, 2014

18

09-12-2014

Este tipo de atendimento representa para muitos enfermeiros uma nova e interessante oportunidade profissional integrada no serviço nacional de saúde em que a comunicação por contacto telefónico é percecionada como a tarefa central, com o objetivo de proporcionar o melhor conselho possível (Knowles, O'Cathain, Morrell, Munro & Nicholl , 2002; Strom, Marklund & Hildingh, 2006; Larsen, 2005).

19

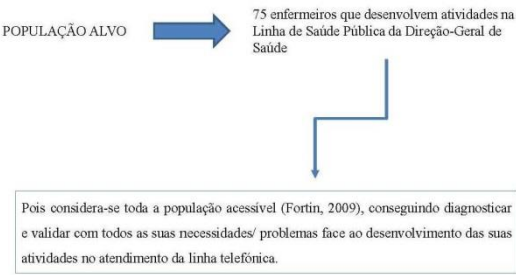
Vários estudos têm demonstrado que o atendimento telefónico em saúde, quando realizado por enfermeiros, não só adequa a referenciação do doente no sistema, evitando custos de uma utilização de serviços desadequada face às reais necessidades do doente, com também potência a autonomia dos doentes e melhora o primeiro nível de cuidados: o auto-cuidado. (Granapathy e Ravindra, 2011) (Kumar, 2011).

20

10

134

09-12-2014



21

COLHEITA DE DADOS

22

11

135

09-12-2014



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SAÚDE
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
FACULDADE DE LICENCIATURAS DE ESPECIALIZAÇÃO EM
INTERFERÊNCIAS COMUNITÁRIAS



Escola Superior de Saúde de Santarém

UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO

GUSAO DE ENTREVISTA

INFORMANTE CHAVE

Data: 20 de janeiro de 2014

Hora início: 17h

Hora Término: 18h

Duração: 01'

Local: Unidade Geral de Saúde - Louses

Encontro: Encontros III e IV - Chefe de equipa da Unidade de Apoio ao Centro de Atendimento de Saúde Comunitária de Saúde

Encontro: Andrea Silva e Anabela Coutinho

Objetivo:

Conhecer a rotina e a rotina da Unidade de Saúde da Família

Conhecer o funcionamento da U.S.F., como visto a obtenção de dados epidemiológicos e população tanto da comunidade primária da população alvo no desenvolvimento do seu trabalho.

Legitimação de entrevista:

- Explicação dos objetivos da entrevista
- Reforço da importância da participação de: Endonímico
- Solicitar a autorização para efetuar registo no suporte de papel

ENTREVISTA A INFORMANTE CHAVE

23

ELABORAÇÃO DO QUESTIONARIO COM BETTY NEUMAN

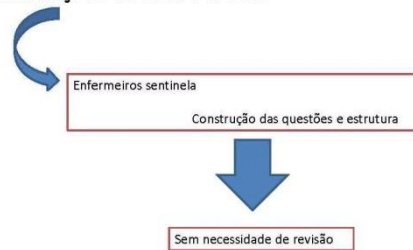


12

136

09-12-2014

REALIZAÇÃO DE PRÉ TESTE



25

PROCEDIMENTOS ÉTICOS E FORMAIS

- Fornecimento aos enfermeiros de todas as informações solicitadas e necessárias para a compreensão do objetivo do estudo para posterior decisão da aceitação ou não da sua participação – consentimento informado;
- Garantia do anonimato e confidencialidade das informações dadas pelos mesmos;
- Esclarecimento aos enfermeiros de que são livres do direito de abandonar o estudo quando o desejarem, sem que daí advinha qualquer prejuízo.

26

13

137

09-12-2014

QUESTIONÁRIO AO GRUPO
POPULACIONAL ENFERMEIROS DA LINHA
DE SAÚDE PÚBLICA COMO CLIENTE

27

População: Enfermeiros da Linha Saúde Pública

- Responderam 30 enfermeiros (população 75 enfermeiros)
 - Taxa de resposta global de 40%
 - Taxa de resposta regional (15 enfermeiros/região)



28

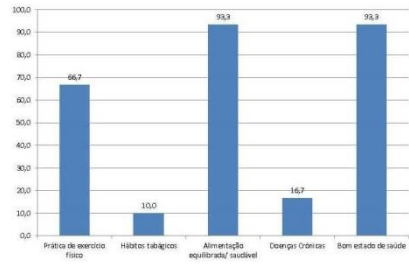
14

138

09-12-2014

Contexto Intrassistémico

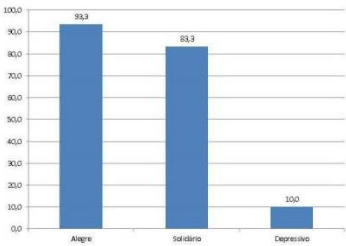
- CARACTERÍSTICAS FISIOLÓGICAS:



29

Contexto Intrassistémico

- CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS:



30

09-12-2014

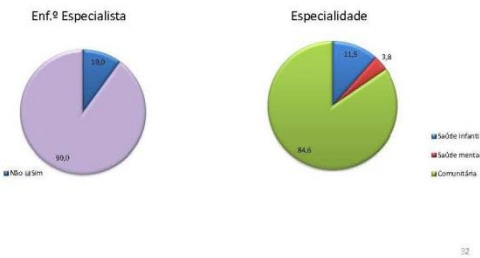
Contexto Intrassistémico

- CARACTERÍSTICAS DE DESENVOLVIMENTO:



Contexto Intrassistémico

- CARACTERÍSTICAS DE DESENVOLVIMENTO:



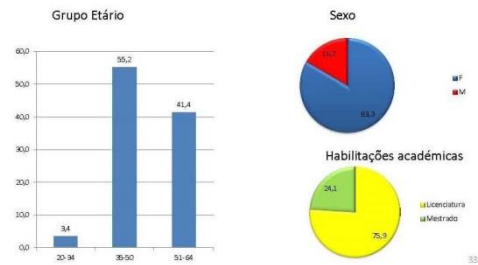
16

140

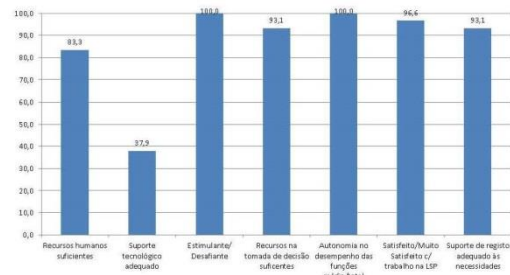
09-12-2014

Contexto Intrassistémico

• CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURAIS



Contexto Intersistémico e Extrassistémico



A totalidade considera vantajosa a utilização de procedimentos protocolados.
Os inquiridos que referiram necessidade de adequação do suporte de registo sugerem mais variáveis que permitam caracterizar melhor o encaminhamento, o relato de ocorrência e a identificação do cliente.

09-12-2014



35



36

18

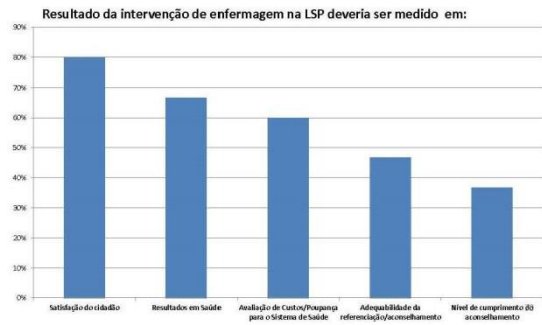
142

09-12-2014

Contexto Intersistémico e Extrassistémico



Contexto Intersistémico e Extrassistémico



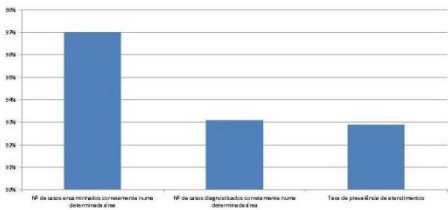
19

143

09-12-2014

Contexto Intersistémico e Extrassistémico

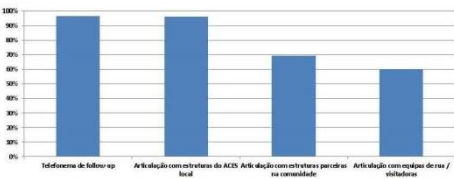
Indicadores de resultados em saúde (significativos e mensuráveis) consideraria úteis para avaliar o impacto da sua intervenção na população atendida (Importante/Muito importante)



39

Contexto Intersistémico e Extrassistémico

Que indicadores consideraria úteis para avaliação de Custos/Poupança para o Sistema de Saúde? (Importante/Muito importante)



40

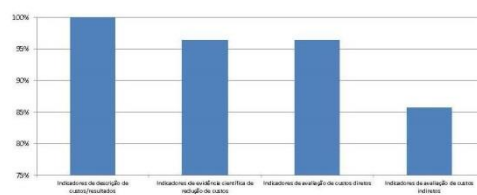
20

144

09-12-2014

Contexto Intersistémico e Extrassistémico

Que indicadores consideraria úteis para avaliar o nível de cumprimento do aconselhamento realizado no contacto telefónico
(Importante/Muito importante)



41

Principais necessidades identificadas

- Avaliação da satisfação da população atendida
- Necessidade de formação para melhorar o seu desempenho
- Medição dos resultados da intervenção de enfermagem na LSP
 - Satisfação do cidadão;
 - Resultados em Saúde;
 - Avaliação de Custos/Poupança para o Sistema de Saúde;
 - Adequabilidade da referência/aconselhamento;
 - Nível de cumprimento do aconselhamento.

42

21

145

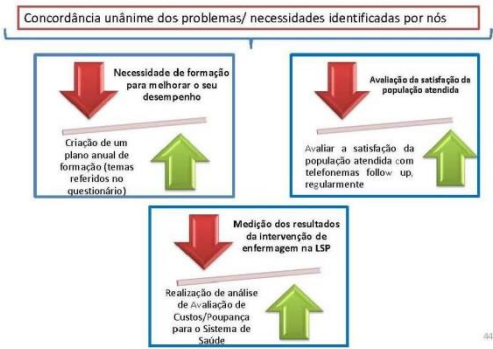
09-12-2014

VALIDAÇÃO DOS RESULTADOS COM ENFERMEIROS LSP



43

e-FÓRUM - RESULTADOS

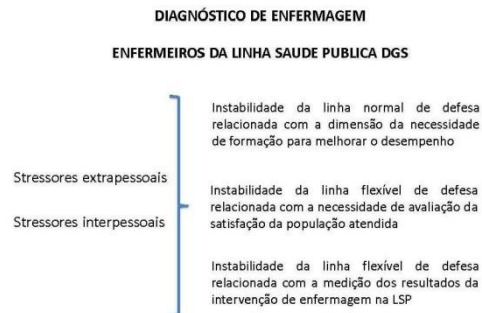


44

22

146

09-12-2014




45

Enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública

- Considera-se que o presente diagnóstico desenvolvido no contexto apresentado se coaduna com o desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária:
 - Competências específicas, referem que este deve desenvolver a sua prática "centrada na comunidade" com um papel fundamental na "resolução dos problemas colocados pelos cidadãos no sentido de formar uma sociedade forte e dinâmica"

(Regulamento n.º 128/2011, 2011:8667).



"Linha de Saúde Pública" estratégia de acessibilidade dos cidadãos aos profissionais de saúde - aconselhamento e encaminhamento face a problemas de Saúde Pública, questionados pelos próprios cidadãos.

46

23

147

09-12-2014

**Enfermeiro especialista em Enfermagem
Comunitária e Saúde Pública (CONT.)**

- Assume-se “um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade), proporcionando efectivos ganhos em saúde” e ao mesmo tempo capacitar e empoderar a comunidade onde desenvolve programas e projectos de intervenção.

(Regulamento n.º 128/2011, 2011:8667).



"Linha de Saúde Pública" com objetivos como:

- Aproximar e sensibilizar o cidadão para as questões da prevenção e da promoção da saúde;
- Potenciar a participação dos cidadãos e da sociedade civil no sistema de saúde;

47

Bibliografia

- Fawcett J, Neuman B. (2010). The Neuman Systems Model . Pearson Education (US). ISBN: 9780135142776
- Fortin (2009). Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação. Lusodidacta.
- Fortin, M. (2003). O processo de investigação: da concepção à realização. Lusodidacta.
- Granapathy K., Ravindra A. (2011). Telenursing in an emerging economy: an overview. . Health Informatics. pp 47-59
- Gomes, S. (2009). Saúde 24: Centro de atendimento do serviço nacional de saúde. Apresentação realizada na Conferência: "As TIC e a Saúde no Portugal de 2009" promovida pela APDSI. On line www.apdsi.pt/uploads/news/d305/sergio%20gomes.pdf
- Kumar, S. (2011). Telenursing: An Audit. Health Informatics. pp 191-193
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento n.º 129/2011 sobre as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental. Diário da República 2.ª série — N.º 35 de 18 de Fevereiro de 2011. p. 8667-8673
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). Regulamento do perfil das competências dos enfermeiros de cuidados gerais. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Polit, D. e Beck, C. (2013). Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Stanhope M, Lancaster J. (2011). Enfermagem de Saúde Pública Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-29-1
- Tomey A, Alligood M. Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem). Lusodidacta. ISBN: 9789728383749
- Watson, J. (1999). Ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem. Lisboa: Lusodidacta.

24

148

ANEXO 4 – Entrevista ao informante chave



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
4º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
COMUNITÁRIA



UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO

GUIÃO DE ENTREVISTA

INFORMANTE CHAVE

Data: 30 de janeiro de 2014

Hora início: 15h

Hora Términus: 16h

Duração: 60'

Local: Direcção Geral de Saúde - Lisboa

Entrevistado – Enfermeiro Sérgio Gomes – Chefe de equipa da Unidade de Apoio ao Centro de Atendimento do Serviço Nacional de Saúde

Entrevistador: Andreia Silva e Anabela Coelho

Objectivo:

Conhecer a estrutura orgânico-funcional da Linha de Saúde Pública

Contactar testemunho privilegiado da LSP, com vista à obtenção de dados sociodemográficos e percepção acerca das necessidades/ problemas da população alvo no desenvolvimento das atividades diárias.

Legitimação da entrevista:

- Explicitação dos objectivos da entrevista
- Reforço da importância da participação do Sr. Enfermeiro
- Solicitar a autorização para efectuar registo em suporte de papel

ITENS A ABORDAR		INDICADORES
Caracterização Global da Linha de Saúde Comunitária	Órgãos dirigentes	<ul style="list-style-type: none"> • Quais • Quem • Funções
	Recursos Humanos	Técnicos • Nº enfermeiros; Caraterização sociodemográfica • Outros • Funções/ atividades
	Atividades desenvolvidas	<ul style="list-style-type: none"> • Atendimento telefónico • Outros • Operacionalidade
	Avaliação das atividades desenvolvidas	<ul style="list-style-type: none"> • Auto avaliação • Avaliação externa
	Instrumentos de registo	<ul style="list-style-type: none"> • Perspetiva de eficácia

ANEXO 5 - Questionário elaborado

Os Resultados das Intervenções de Enfermagem na Linha Saúde Pública

QUESTIONÁRIO AO GRUPO POPULACIONAL ENFERMEIROS DA LINHA DE SAÚDE PÚBLICA COMO CLIENTE

1 - Contexto Intrassistémico

1.1 CARACTERÍSTICAS FISIOLÓGICAS: (Assinale com um X a resposta adequada)

a) Estilos de vida incluindo comportamentos de risco	Sim	Não
Prática de exercício físico		
Hábitos tabágicos		
b) Doenças Crónicas		
Alimentação equilibrada/ saudável		
Bom estado de saúde		

1.2 CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS: (Assinale com um X a resposta adequada)

a) Avaliação do estado de saúde emocional	Sim	Não
Alegre		
Solidário		
Depressivo		
Outro (s) _____		

1.3 CARACTERÍSTICAS DE DESENVOLVIMENTO:

Estado de maturidade profissional (Assinale com um X a resposta adequada)

a) Anos experiência profissional como enf ^a	b) Outros contextos de Trabalho (atuais ou anteriores)	Sim	Não
0-4			
5-9			
10-14			
»15			
	Especifique qual (ais) _____		

Os Resultados das Intervenções de Enfermagem na Linha Saúde Pública

1.4 CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURAIS

(Assinale com x a opção adequada)

a) Grupo etário	
20-34	
35-50	
51-64	
Mais de 65	

b) Sexo	
M	
F	

c) Residência profissional (região)	
Norte	
Centro	
Lisboa e Vale do Tejo	
Alentejo	
Algarve	

d) Nível académico	
Licenciatura	
Mestrado	
Doutoramento	
Pós Doutoramento	

2 – Contexto Intersistémico e Extrassistémico

(Assinale com um X a resposta adequada)

a) Avaliação do Contexto de trabalho	Sim	Não
Considera que este contexto dispõe de recursos humanos suficientes		
Se considerou Não, fundamente a sua opção		
Considera que este contexto possui o suporte tecnológico adequado		
Se considerou Não, fundamente a sua opção		

Relativamente ao desenvolvimento de actividades como enfermeiro (a) na Linha de Saúde Pública:

(Assinale com um X a resposta adequada)

b) Como percepciona a sua atividade	
Estimulante/ Desafiante	
Monótona	

c) Como avalia a sua Autonomia no desempenho das suas funções	
Autonomia Total	
Autonomia Mediada/Partilhada (??)	
Autonomia Reduzida	

d) Como avalia os recursos de apoio à decisão de que dispõe	
Insuficientes /Inadequados?	
Suficientes/adequados	
Justifique a sua opção	

Os Resultados das Intervenções de Enfermagem na Linha Saúde Pública

(Assinale com um X a resposta adequada)

e) Hierarquize as capacidades enumeradas pelo grau de importância que lhes atribui no seu desempenho neste contexto (atribuindo 1 à mais importante e assim sucessivamente)	
Capacidade de interpretação	
Bom senso	
Confiança	
Intuição	
Juízo clínico	
Conhecimentos Técnicos	
Tomada de decisão	
Capacidade de reconhecer utentes em diferentes níveis de dificuldades	
Capacidade de Escuta Ativa	
Outra (s) Qual (is)	

(Assinale com um X a resposta adequada)

f) Hierarquize as capacidades enumeradas pelo grau de importância que lhes atribui no seu desempenho neste contexto (atribuindo 1 à mais importante e assim sucessivamente)	
Educar para ...	
Orientar para...	
Encaminhamento para ...	
Outra (s) Qual (is)	

(Assinale com um X a resposta adequada)

g) Considera que a avaliação do nível de satisfação da população atendida como:	
Muito importante	
Importante	
Pouco importante	
Nada importante	

(Assinale com um X a resposta adequada)

h) Considera vantajosa a utilização de procedimentos protocolados neste contexto?	Sim	Não
Justifique a sua opção		

(Assinale com um X a resposta adequada)

i) Considera o suporte de registo adequado às necessidades	Sim	Não
Se respondeu não justifique a sua opção		

Os Resultados das Intervenções de Enfermagem na Linha Saúde Pública

(Assinale com um X a resposta adequada)

j) Áreas do suporte de registo actual, com necessidade de revisão		
Identificação		
Relato da ocorrência		
Aconselhamento		
Encaminhamento		
Comunicação		
Que	outro (s)	campo (s) introduziria?
<input type="text"/>		

(Assinale com um X a resposta adequada)

l) Percepciona necessidade de formação para melhorar o seu desempenho	Sim	Não
Se respondeu sim refira a(s) área(s) a desenvolver		
<input type="text"/>		

(Assinale com um X a resposta adequada)

m) Considera a informação da população sobre este serviço adequada?	Sim	Não
Se respondeu não, refira o que sugere para optimizar esta dimensão		
<input type="text"/>		

(Assinale com um X a resposta adequada)

n) Como avalia a importância deste serviço para a comunidade	
Muito importante	<input type="checkbox"/>
Importante	<input type="checkbox"/>
Pouco importante	<input type="checkbox"/>
Nada importante	<input type="checkbox"/>

(Assinale com um X a resposta adequada)

o) Como considera que o aconselhamento de enfermagem é adoptado pela população?	
Adoptado na maioria das vezes	<input type="checkbox"/>
Quase nunca é adoptado	<input type="checkbox"/>
É sempre adoptado	<input type="checkbox"/>

(Assinale com um X a resposta adequada)

p) Considera que o resultado da sua intervenção de enfermagem deveria ser medida em termos de:	
Resultados em Saúde	<input type="checkbox"/>

Os Resultados das Intervenções de Enfermagem na Linha Saúde Pública

Adequabilidade da referenciação/aconselhamento	
Satisfação do cidadão	
Nível de cumprimento do aconselhamento	
Avaliação de Custos/Poupança para o Sistema de Saúde	

Anexo 2: Distribuição de Enfermeiros LSP em Portugal Continental

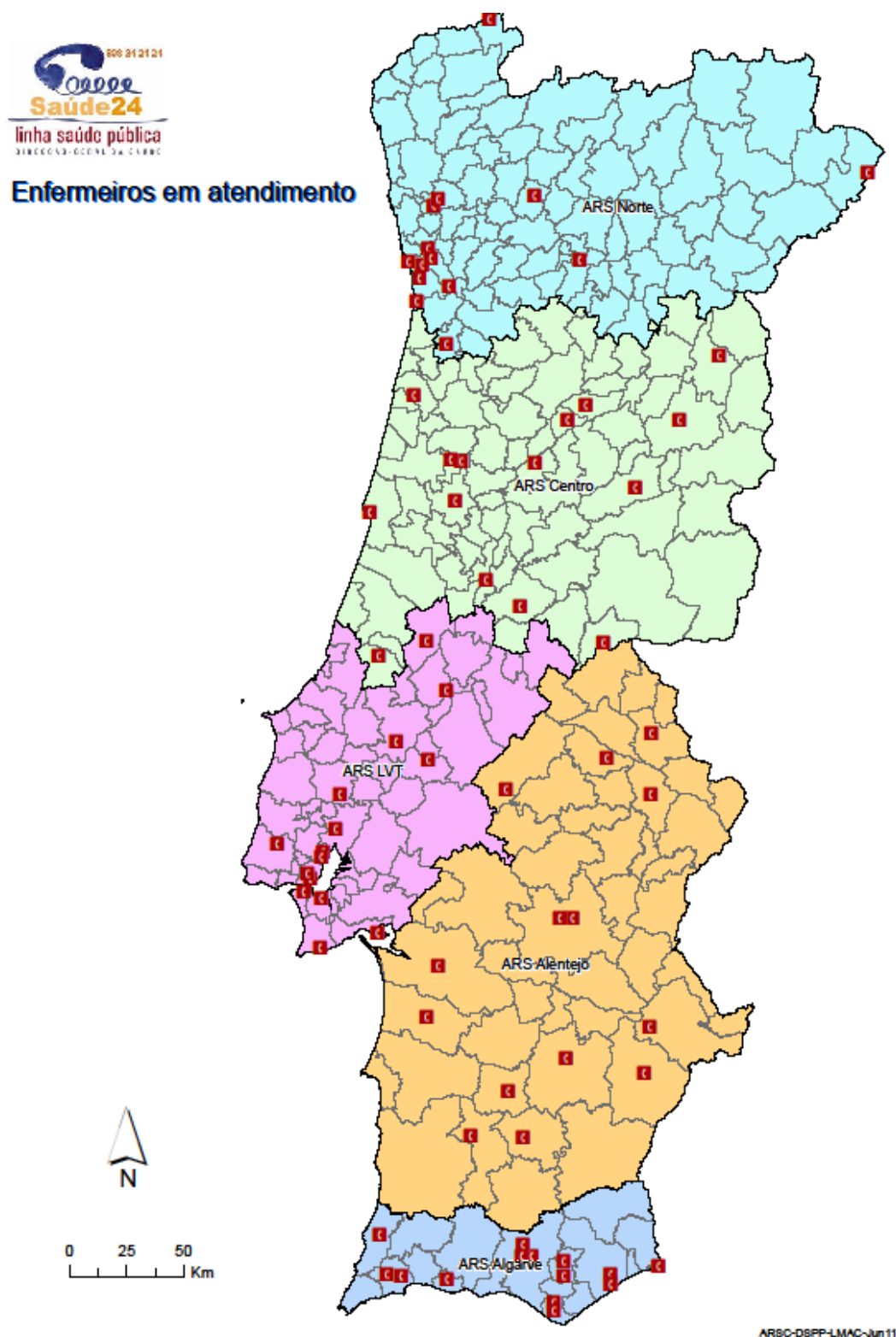


Figura 1: Distribuição de Enfermeiros da LSP por Regiões de Saúde

Fonte: Relatório da LSP (2012)

Anexo 3: Módulos de intervenção da LSP

- 1- Doenças transmissíveis (re)emergentes:
 - Gripe sazonal (desde 2001)
 - Sarampo (desde 2004)
 - Rubéola (desde 2004)
 - Leptospirose (Set2004)
 - Meningite (desde 2004)
 - Intoxicações alimentares (desde 2004)
 - Varicela (desde 2005)
 - Cólera (Abr e Jun2005, Fev2006, 2011)
 - Gripe H5N1 (2005 e 2006)
 - Encefalopatia espongiforme bovina - BSE (Junho2007)
 - Legionela (Maio2005)
 - Marburgo (Março2005)
 - Vírus Chikungunya (Mai2006, Setembro2007)
 - Norovirus (desde 2007)
 - Dengue (Março2008)
 - Vírus do papiloma humano - HPV (2008)
 - Raiva (2008 e Janeiro2012)
 - Gripe A – em particular na fase de contenção (2009)
 - Vírus West Nile (Agosto2010)
 - Escherichia coli - Alemanha (Maio2011)
- 2- Programa Nacional de Vacinação (desde 2003)
- 3- Contraceção emergência (desde 2003)
- 4- Trânsito solar de Vénus (Junho2004)
- 5- Tuberculose (desde 2004)
- 6- Módulo Verão (desde 2004)
 - Ondas de Calor
 - Radiação ultravioleta
 - Ozono
- 7- Saúde ambiental (desde 2004)
- 8- Estilos de vida saudável (desde 2004)
- 9- Deixar de fumar (desde Fevereiro2005)
- 10- Frio (desde 2005)

- 11- Saúde do Viajante (desde 2005)
 - Medidas gerais de prevenção
 - Vacinação internacional
- 12- Diabetes (desde 2006)
- 13- Interrupção voluntária gravidez (desde Junho2007)
- 14- Obesidade (desde 2007)
- 15- Riscos ocupacionais (desde 2007)
- 16- Saúde oral (Março2008)
- 17- Doenças crónico-degenerativas – Asma (desde 2011)
- 18- Mutilação genital feminina (6 Fevereiro2012)
- 19- Apoio na informação, esclarecimento e orientação:
 - Euro 2004 (2004)
 - Polónio (Novembro2006 e 2011)
 - Abusos e maus tratos (desde 2004)
 - Rock in Rio (2006 e 2008)
 - Lei do Tabaco (Dezembro2007)
 - Depuralina (Abril2008)
 - Crianças desaparecidas (Janeiro2011)
 - Taxas moderadoras (desde 1 Janeiro2012 – ver gráfico)

Anexo 4: Projeto Individual de Intervenção



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE SANTARÉM
4.º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA
UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO

PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA
NA LINHA SAÚDE PÚBLICA

Estudante:

Anabela Pereira Coelho

Professoras Orientadoras

Isabel Barroso

Maria do Carmo

Enfermeiros Cooperantes

Sérgio Gomes

Pedro Branco

Lisboa
Março 2014

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

DGS - Direção-Geral da Saúde;

LSP- Linha de Saúde Pública

OMS- Organização Mundial de Saúde

INDICE

INTRODUÇÃO	4
1. ATENDIMENTO TELEFÓNICO DE ENFERMAGEM	6
2. CARATERIZAÇÃO DA LINHA SAÚDE PÚBLICA	9
4. DIAGNÓSTICO DE COMUNIDADE	11
4.1. Contextualização do Diagnóstico de Comunidade	15
5. OBJETIVOS E ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO	17
6. PLANEAMENTO DAS ACTIVIDADES A IMPLEMENTAR	18
7. FACTORES CRÍTICOS DE SUCESSO	21
8. CONCLUSÃO	22
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	23
ANEXO: Cronograma de Atividades	25

INTRODUÇÃO

O presente documento enquadra-se no âmbito da Unidade Curricular de Estágio do 4.º Curso de Especialização de Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Santarém.

A temática que nos propomos trabalhar, apesar de poder ser considerada inovadora, enquadra a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária numa dimensão dos cuidados onde a mediação da relação se faz através do atendimento telefónico. A intervenção de enfermagem, altamente diferenciada, de aconselhamento ou referenciação do cidadão no sistema de saúde permite por um lado estruturar respostas aos principais problemas de saúde emergentes bem como garantir aos profissionais de saúde o adequado suporte de boas práticas.

A atividade de enfermagem desenvolvida por esta comunidade, com recurso ao atendimento telefónico constitui-se um novo ramo da disciplina de enfermagem que, pela sua atuação de proximidade tem demonstrado inúmeras vantagens em termos de resultados de saúde e económico-financeiros (Holmström, 2007).

Este projeto de intervenção comunitária, desenhado após o diagnóstico de enfermagem na comunidade de enfermeiros da Linha de Saúde Pública (LSP), procura ajudar os enfermeiros a compreenderem o seu meio social, económico, político, jurídico e cultural, fazendo com que tomem consciência da existência de desequilíbrios, mas também do papel activo que têm na resolução destes, no que a eles diz respeito.

Apesar de terem sido identificadas várias necessidades no diagnóstico de comunidade, este projeto recairá sobre a importância, atribuída pelos enfermeiros da LSP, em verem (re)conhecido o resultado das suas intervenções se enfermagem.

O presente projecto de intervenção comunitária pretende contribuir, ainda que de forma inicial, para a promoção de um ambiente capacitador da população de enfermeiros da LSP, tal como preconizado pela OMS ao reconhecer no empoderamento comunitário uma ferramenta de renegociação do “nível” de poder da comunidade, para que esta se torne mais inclusiva, cooperante, ganhe mais segurança, confiança e tenha um maior controlo e influência sobre terceiros (Community Development Exchange, 2008).

Assim sendo, este projeto tem como princípios o despertar de consciências críticas, fazendo com esta comunidade de enfermeiros supere a passividade, ao mesmo tempo que se promove o trabalho em equipa, se descobrem novas potencialidades e fomenta a

participação ativa na decisão do seu futuro, procurando os meios e as vontades potenciadoras da resolução dos problemas identificados (défice de conhecimento sobre os resultados das intervenções de enfermagem) após a realização do diagnóstico da situação de saúde da população de enfermeiros da LSP.

O presente documento está estruturado em oito capítulos ao longo dos quais se procura fazer um breve enquadramento da temática do atendimento telefónico realizado por enfermeiros e da LSP bem como apresentar, à luz das etapas do planeamento em saúde, o projeto de intervenção delineado após o diagnóstico de comunidade.

Finalmente apresentam-se ainda alguns factores críticos de sucesso identificados bem como as principais notas conclusivas.

Nestes termos e procurando dar resposta ao objectivo proposto na Unidade Curricular Estágio de apresentar “um projeto de intervenção em cuidados especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Familiar” definimos para o presente documento os seguintes objetivos:

- Apresentar o diagnóstico e justificar os critérios objetivos de determinação das prioridades de intervenção em Enfermagem Comunitária, na comunidade de enfermeiros da LSP;
- Definir a estratégia e área de intervenção de acordo com os dados obtidos no diagnóstico de saúde efectuado;
- Apresentar o projeto de intervenção na comunidade tendo em conta os recursos disponíveis, os aspectos socioculturais e a dicotomia necessidades sentidas/necessidades reais.

1. ATENDIMENTO TELEFÓNICO DE ENFERMAGEM

A Enfermagem é reconhecida, mundialmente, como fundamental em qualquer sistema de saúde pois presta alguns dos serviços essenciais à manutenção do estado de saúde quer numa perspectiva curativa, de reabilitação ou de prevenção e promoção da saúde, desempenhando um papel crucial e custo-efectivo na redução da mortalidade, morbilidade, incapacidade e dependência (World Health Organization, 2003) (Mendes et al, 2011).

Vários estudos têm demonstrado que a Enfermagem baseada na evidência usa de forma conscienciosa, explícita e criteriosa a informação e o conhecimento científico em prol das necessidades dos doentes, tendo elevado grau de decisão e julgamento independente (Polít e Beck, 2013).

Os enfermeiros, decorrente da sua formação, e em particular os especialistas de saúde comunitária desenvolvem a capacidade de escuta, de empatia e confiança junto daqueles que cuidam pois o exercício profissional da Enfermagem centra-se na relação interpessoal e na parceria estabelecida entre um enfermeiro e uma pessoa/família/comunidade, no pleno respeito pelas suas capacidades (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

No atendimento telefónico de enfermagem a linguagem verbal está circunscrita às palavras orais, ao tom e à inflexão da voz, assim a forma daquilo que se comunica é quase tão importante como aquilo que se comunica (Granapathy e Ravindra, 2011).

As intervenções qualificadas de enfermagem de informação, aconselhamento e ensino por consulta telefónica requerem, assim, o desenvolvimento específico de competências de comunicação e relação interpessoal que vão muito além da utilização de um sistema informático de apoio à decisão (Ledlow, Dan O'Hair e Moore, 2009).

Nos *call center* os enfermeiros têm de, perante a situação problema apresentada, estabelecer uma relação de proximidade com os doentes, para que os mesmos veiculem as informações mais relevantes para a resolução/orientação da situação em causa, tomar decisões sistémicas, sistemáticas e incorporar os resultados da investigação na sua prática (Ordem dos Enfermeiros, 2012). Aos enfermeiros é exigido um conhecimento especializado para, no âmbito do processo de enfermagem, conseguirem fazer um diagnóstico, encontrar as intervenções mais adequadas e transmitir toda a informação, aconselhamento ou ensino de forma clara e efectiva (Kumar, 2011).

Vários estudos têm demonstrado que o atendimento telefónico em saúde, quando realizado por enfermeiros, não só adequa a referenciação do doente no sistema, evitando

custos de uma utilização de serviços desadequada face às reais necessidades do doente, com também potência a autonomia dos doentes e melhora o primeiro nível de cuidados: o auto-cuidado. (Granapathy e Ravindra, 2011) (Kumar, 2011).

As organizações de gestão de cuidados (Tradução de autor de “Managed Care Organizations”), como seja a *Kaiser Permanente*, têm vindo a investir fortemente, desde os anos 90, nesta nova prestação de cuidados à distância através da qual conseguem prevenir internamentos hospitalares, admissões nos serviços de urgências e complicações médicas assim como melhorar a monitorização e os resultados clínicos, acompanhar o desenvolvimento de técnicas de autogestão e melhorar a informação aos doentes sobre a sua situação de saúde (Granapathy e Ravindra, 2011).

Apesar de reconhecermos as dificuldades metodológicas de se definir com rigor a efetiva contribuição da enfermagem nos resultados em Saúde (Doran, 2011), consideramos que uma enfermagem orientada para resultados é uma enfermagem capaz de construir cientificamente a disciplina, desenvolvendo um conhecimento sólido de orientação das práticas (Polit e Beck, 2013).

O principal objetivo da enfermagem é promover mais ganhos de saúde através de uma prestação de cuidados efetiva, ou seja, capaz de produzir no doente aquilo que se deseja que seja produzido. Para avaliar a efetividade da prestação de cuidados terá que se avaliar resultados finais que, de acordo com Kleinpell (1997), podem ser de três tipos: resultados observados em doentes (tradução livre de autor de “Patient Outcomes”), resultados relacionados com o prestador (tradução livre de autor de “Provider Outcomes”), resultados relacionados com o pagador (tradução livre de autor de “Payer Outcomes”).

Verifica-se na literatura que a monitorização dos resultados em saúde (nas diferentes perspetivas enunciadas do doente, prestador e pagador) tem vindo aproximar-se do paradigma salutogénico, ou seja para além dos clássicos indicadores de mortalidade e complicações pós-operatórias, indicadores claramente biomédicos, outros têm vindo a ser acompanhados como sejam o estado físico e mental, a capacidade de retorno ao trabalho, a qualidade de vida, a satisfação do doente e família, o estado geral de saúde, o conhecimento sobre a doença, os sintomas de alerta, medicação, entre outros (Doran, 2011).

Neste estágio para além de monitorizarmos a efetividade da intervenção de enfermagem, através do julgamento do cliente sobre a experiência vivida na LSP (Projeto

Projeto de Intervenção Comunitária na Linha de Saúde Pública

Individual da Enfermeira Marta Rosa), procuramos igualmente, através do presente projeto, identificar outros domínios de monitorização da efetividade da intervenção de enfermagem no contexto da LSP. De fato vários autores defendem a ideia de que a avaliação do nível de satisfação não é um mero indicador da qualidade dos cuidados mas uma componente, da efectiva, dos mesmos (Rodrigues, 2009), pelo que não poderá ser descorada esta componente na nossa proposta final de sistema de monitorização da prática.

Os estudos de custo-efetividade são instrumentos de análise do “valor” das intervenções em saúde, assim sendo com este projeto procuramos identificar as eventuais adições de valor que o atendimento telefónico de enfermagem incorporou no sistema de saúde face por exemplo aos custos potenciais de utilização de serviços de saúde presenciais.

Defendemos a tese de que o “valor” adicionado, não se restringe ao conceito monetário do termo, podendo o mesmo ser compreendido numa perspectiva mais ampla do conceito, e por exemplo referir-se também às preferências dos doentes/famílias ou comunidades por um determinado serviço ou produto (Secoli et al, 2010).

2. CARATERIZAÇÃO DA LINHA SAÚDE PÚBLICA

A Linha Saúde Pública, cuja sede nacional se inscreve na DGS, visa empoderar o cidadão, de forma a que este tenha uma atitude pró-ativa relativamente à gestão da sua saúde e a da sua família, assumindo responsabilidade pelas diferentes opções que elege.

Numa lógica de estratégia integrada de acessibilidade dos cidadãos aos profissionais de saúde a LSP:

- promove o aconselhamento e encaminhamento do cidadão face a problemas de Saúde Pública específicos.
- disponibiliza informação validada aos cidadãos e aos profissionais do Serviço Nacional de Saúde;
- sensibiliza o cidadão para as questões da prevenção e da promoção da saúde;
- potencia a participação dos cidadãos e da sociedade civil no sistema de saúde;
- adequa a oferta de cuidados de saúde.

O atendimento telefónico realizado pela LSP, das 8 horas às 24 horas, é assegurado por um enfermeiro especialista que, com recurso à utilização de entrevista telefónica padronizada, protocolos de atuação e manuais de apoio técnico-normativos, faz o seu diagnóstico de enfermagem e determina as intervenções para aquele cidadão em particular, que de forma voluntária, face à perceção de um problema de saúde, tem a iniciativa de contactar a LSP.

Todos os enfermeiros da LSP, num total nacional de 75 enfermeiros (quinze em cada Administração Regional de Saúde - ARS), têm formação específica nos principais problemas de saúde emergentes bem como suporte tecnológico da central telefónica, telefones móveis, *software* de operacionalização do site da DGS para acesso à área reservada da Linha.

Nos últimos anos a LSP tem atendido em média cerca de 15 mil contactos telefónicos/ano com distribuição assimétrica nos diferentes meses do ano, registando-se no entanto alguma sazonalidade nos meses de março e junho. O motivo principal do contato em 2013 recaiu sobre as doenças infecciosas e parasitárias, as taxas moderadoras, a interrupção voluntária da gravidez, a saúde da mulher, a vacinação e a consulta do viajante.

Projeto de Intervenção Comunitária na Linha de Saúde Pública

Apesar de em 2013 a esmagadora maioria dos contatos telefónicos ter como intervenção de enfermagem o aconselhamento nas seguintes áreas:

- adequação de comportamentos;
- prevenção e contágio/ risco;
- alimentação e hidratação;
- adequação ao meio;
- vestuário adequado;
- protocolos de medicamentos;
- entre outros.

verificou-se que, em 2013, 37,5% dos contatos havidos necessitaram de encaminhamento, por parte dos enfermeiros da LSP, para o centro de saúde, o médico assistente ou o hospital.

4. DIAGNÓSTICO DE COMUNIDADE

Este projeto de intervenção comunitária surge após a realização do “Diagnóstico da Situação de Saúde da População de Enfermeiros da LSP”, no âmbito da Unidade Curricular Estágio, do 4.º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Santarém, que decorreu durante nove semanas na LSP, cuja sede de coordenação sita na Direção-Geral da Saúde.

Para *Neuman* a percepção dos enfermeiros afeta os cuidados de enfermagem que prestam pelo que considera fundamental avaliar o campo perceptivo da pessoa que cuida (enfermeiro) e de quem é cuidado (doente). No seu modelo teórico a “pessoa” pode ser um indivíduo, família, grupo, comunidade ou entidade social (Tomey, 1999).

Assim sendo, neste projeto comunitário, consideramos como “pessoa” a comunidade de enfermeiros da LSP, coordenada por um enfermeiro supervisor que é responsável por avaliar esse sistema aberto e todas as suas vertentes. Tal como refere *Betty Neuman*, esta comunidade está em constante mudança ou em deslocação sendo o enfermeiro coordenador o elemento-chave que vê a comunidade como uma peça única e perceciona a relação de todas as variáveis que afetam as respostas dos indivíduos (Neuman, 1995; Fawcett e Neuman, 2010).

11

A formulação do diagnóstico comunitário teve em consideração os seguintes elementos do processo de diagnóstico de enfermagem, segundo a abordagem teórica do modelo da *Betty Neuman*:

1. Caracterização Geral dos Enfermeiros da LSP
 - a. 35 e os 50 anos (55,2%)
 - b. sexo feminino (83,3%).
 - c. 24,1% dos inquiridos tem o grau de mestre
 - d. 85% é especialista em Saúde Comunitária
 - e. 90% tem 5 ou mais anos de experiência profissional

2. Identificação, por parte dos enfermeiros da LSP, dos Stressores:
 - 2.1. Áreas de maior stress ou maior preocupação:
 - a. Necessidade de Formação (96,6%);
 - b. Necessidade de monitorizar/conhecer a satisfação do cidadão decorrentes da sua intervenção (80%)
 - c. Necessidade de monitorizar/conhecer os resultados de saúde decorrentes da sua intervenção (66,7%)
 - d. Necessidade de monitorizar/conhecer os custos decorrentes da sua intervenção (60%)
 - 2.2. Padrões de estilos de vida
 - a. 66,7% pratica desporto
 - b. 93,3% tem alimentação saudável
 - c. 10% tem hábitos tabágicos
 - 2.3. Elementos antecipadores do futuro
 - a. 96,6% dos enfermeiros considera que pode melhorar o seu desempenho com formação.
 - b. 100% dos enfermeiros considera que tem autonomia nos exercício da sua atividade
 - 2.4. O que é que os enfermeiros da LSP estão a fazer para se ajudar?
 - a. Propuseram plano de formação e temáticas
 - b. Propuseram indicadores de monitorização das práticas
 - 2.5. O que é que os enfermeiros da LSP espera dos outros?
 - a. 70% dos enfermeiros considera que a informação prestada é adequada à população.
 - b. 75% dos enfermeiros inquiridos considera que a população segue quase sempre o aconselhamento efetuado

3. Identificação dos Stressores por parte do estudante:
 - 3.1. Áreas de maior stress ou maior preocupação:
 - a. Insegurança face aos seus conhecimentos adquiridos evidenciada em 96,6% dos enfermeiros que mencionam ter necessidade de formação.
 - b. Desconhecimento dos resultados da sua intervenção, em termos de satisfação dos clientes, resultados de saúde e custos evidenciado pela elevada participação na identificação de indicadores de monitorização da intervenção de enfermagem.
 - 3.2. As circunstâncias atuais diferem das anteriores
 - a. Verificou-se que tem existido menos sessões de formação para os enfermeiros da LSP e encontros entre toda a equipa.
 - 3.3. Antecipações para o futuro
 - a. A comunidade apresenta-se motivada para agir sobre o seu contexto de prática evidenciada pela vontade de aumentar o seu nível de formação e conhecimento do impacte das sua intervenções.
 - 3.4. O que é que os enfermeiros da LSP podem fazer para se ajudar?
 - a. Apresentar plano de formação ao coordenador nacional.
 - b. Construir indicadores de monitorização da intervenção de enfermagem.
4. Fatores Intrapessoais
 - 4.1. Físicos
 - a. 66,7% pratica desporto
 - b. 93,3% tem alimentação saudável
 - c. 93,3% considera ter bom estado de saúde
 - d. 16,7 % tem doenças crónicas
 - 4.2. Psico-Sociocultural
 - a. 93,3% dos inquiridos percepciona-se alegre
 - b. 100% considera a sua atividade autónoma
 - c. 96,6% está muito satisfeito com o trabalho

4.3. Desenvolvimento

- a. 96,6% dos enfermeiros considera a formação importante ao seu desenvolvimento
- b. 100% dos inquiridos consideram que a medição dos medição do resultado da intervenção de enfermagem é importante

4.4. Sistema de crenças e espiritualidade

- a. Apesar de não ter sido avaliado este domínio na comunidade em estudo, verifica-se que esmagadora maioria dos enfermeiros da LSP (96,6%) considera esta questão como importante aquando da consulta de enfermagem.

5. Fatores Interpessoais

- a. Existe um coordenador dinâmico e 24h disponível para a comunidade;
- b. Existem relatos de reuniões no passado para formação e para criação de identidade e laços de companheirismos;
- c. As competências mais valorizadas pelos enfermeiros, em ordem decrescente de importância são a intuição, juízo clínico, confiança, entre outras;
- d. 100% dos enfermeiros inquiridos considera que aumenta a competência da pessoa que os consulta;
- e. 96,6% dos enfermeiros inquiridos elogia as forças/recursos da pessoa;
- f. 100% percebe que explora a solução/ as soluções com a pessoa;

14

6. Fatores Extrapessoais

- a. Na sua interação com a comunidade os enfermeiros da LSP consideram, por ordem decrescente de importância as seguintes competências: encaminhamento, orientação e educação
- b. 96,6% dos enfermeiros inquiridos percebe que estabelece com a pessoa um plano de intervenção
- c. 93,1% percebe que co constrói realidades de dissolução do problema
- d. 93,1% percebe que Co- responsabiliza a pessoa
- e. 82,8% percebe que cria redes de suporte

Anabela Coelho

- f. 96,6% percebeu que enfatiza novos comportamentos
 - g. 86,2% prescreve tarefas a serem cumpridas
7. Formulação compreensiva do diagnóstico de comunidade
- a. Insegurança face a atualização de competências;
 - b. Déficit de conhecimento sobre os resultados das intervenções de enfermagem;
 - c. Déficit de conhecimento sobre o nível de satisfação dos clientes da linha LSP.

Assim sendo, apesar de neste estágio de intervenção na comunidade as três temáticas supra identificadas, serem alvo de intervenção comunitária pelas alunas que realizaram o diagnóstico de comunidade, este projeto limita-se ao último domínio aqui apresentado, relativo ao “déficit de conhecimento sobre os resultados das intervenções de enfermagem”.

4.1.Contextualização do Diagnóstico de Comunidade

Da revisão de literatura constatou-se que existem pelo menos três tipos de poder que os enfermeiros podem exercer e demonstrar ter, a saber: controlo sobre o conteúdo da prática, controlo sobre o contexto da prática e controlo sobre as competências. (Manojlovich, 2005)

15

No diagnóstico comunitário verificámos que uma das necessidades identificadas se enquadrava no maior controlo sobre o conteúdo das práticas uma vez que 96,6% dos enfermeiros relatou necessidades de formação. Um enfermeiro autónomo é um enfermeiro que controlo o conteúdo das suas práticas e age de acordo com a sua área disciplinar, conhecimento e juízo crítico (Laschinger et al., 1997).

Um outro domínio por nós identificado como importante, neste diagnóstico de comunidade, foi a necessidade identificada pelos enfermeiros da LSP em conhecerem o nível de satisfação dos seus clientes para com a intervenção de enfermagem. De acordo com alguns autores a monitorização da satisfação dos doentes é um bom indicador do nível de controlo sobre as competências, que os enfermeiros evidenciam deter (Aiken, Sloane, Lake, Sochalski e Weber, 1999).

Relativamente ao controlo sobre o contexto das práticas verificou-se, igualmente, que, no diagnóstico da comunidade, a grande maioria dos enfermeiros reportou elevada preocupação em conhecer o impacto das suas intervenções de enfermagem sob a forma de resultados em saúde (66,7%) e aferição de custos (60%). De acordo com alguns autores

Anabela Coelho

este nível de poder é fundamental aos enfermeiros pois fá-los sentir envolvidos nos processos de decisão, permite-lhes exercer influência sobre decisores e ainda alcançarem mais e melhores resultados de saúde (Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski, & Silber, 2002; Aiken, Sloane, Lake, Sochalski e Weber, 1999).

O diagnóstico de comunidade em estudo: “Défice de conhecimento sobre os resultados das intervenções de enfermagem”, parece evidenciar, à luz da literatura consultada, um baixo controlo sobre o contexto da prática de enfermagem na LSP, ficando esta relação ainda mais clara aquando da triangulação de metodologias e observação dos resultados obtidos, pelas seguintes metodologias de identificação de necessidades:

- Entrevista inicial ao enfermeiro-coordenador da LSP sobre a atividade da LSP durante a qual se evidenciou no seu discurso direto o seguinte “ (...) a atividade dos enfermeiros da LSP poupa muito dinheiro ao Estado, mas ninguém sabe, ninguém mede, ninguém conhece (...)” (sic).
- Questionário de diagnóstico de enfermagem na comunidade de enfermeiros LSP. Da análise de resultados verificou-se que 66,7% dos enfermeiros inquiridos consideram relevante a avaliação da sua atividade por aferição dos resultados em saúde alcançados e por aferição dos custos (60%);
- A participação no e-fórum, não originou como esperado, uma verdadeira discussão sobre os resultados obtidos no questionário de diagnóstico de enfermagem, no entanto permitiu recolher alguma informação sobre a forma de “sugestões”. Uma das sugestões enviadas dizia respeito ao maior envolvimento desta comunidade nas decisões estratégicas e políticas e de como essas intervenções a nível macro eram importantes para os próprios; outra sugestão mencionava a visibilidade das intervenções e a importância da avaliação do nível de “poupança” gerada pelas atividades dos enfermeiros da LSP ao evitarem idas desnecessárias aos serviços de urgência e ao médico de família.

5. OBJETIVOS E ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO

Por se considerar que numa comunidade, altamente diferenciada, como a de enfermagem, o saber é poder, é autonomia e segurança profissional e que, neste contexto em particular, o desenvolvimento crítico desta comunidade, através, por exemplo, de um efetivo reconhecimento do impacto da sua atividade, são absolutamente necessários ao processo de mudança e estruturantes de uma transformação da sociedade (Mallory, 2011), enquadra-se a relevância deste projeto comunitário na possibilidade de o mesmo vir a ser uma estratégia de “empoderamento” dos enfermeiros.

No processo de “empowerment comunitário” e considerando o modelo sistémico da *Betty Neuman*, observa-se a presença de fatores distintos situados nos subsistemas intrapessoais, interpessoais e extrapessoais (Tomey, 1999) que depois de devidamente compreendidos permitem ao enfermeiro intervir desenvolvendo a consciência crítica e a capacidade de intervenção da comunidade (Manojlovich, 2005).

Assim, definiu-se como objetivo geral deste projeto:

- Desenvolver a iniciativa coletiva dos enfermeiros da LSP em prol de um maior controlo sobre o contexto da sua prática.

17

Como objetivos específicos:

- Demonstrar a capacidade de participação comunitária dos enfermeiros da LSP;
- Capacitar os enfermeiros para uma monitorização da prática de enfermagem baseada em indicadores de resultado.

Considerando que o horizonte temporal, para implementação do presente projeto, corresponde ao do período de estágio identificou-se como recursos necessários os seguintes:

- Recursos Materiais: Pequeno auditório para a formação de enfermeiros e sala de reuniões para a realização de reuniões de trabalho e consulta de peritos.
- Recursos Humanos: Disponibilidade a tempo parcial (cerca de 2h/dia) do enfermeiro coordenador da LSP e do enfermeiro comunitário para a supervisão e validação do planeamento, implementação e avaliação das atividades previstas.

Anabela Coelho

6. PLANEAMENTO DAS ACTIVIDADES A IMPLEMENTAR

O planeamento de enfermagem aqui preconizado teve em consideração o modelo teórico de enfermagem de *Betty Neuman*, definindo-se para o diagnóstico de comunidade aqui apresentado, um conjunto de intervenções de enfermagem, aos diferentes níveis de intervenção: primário, secundário e terciário.

Diagnóstico Comunitário: “Défice de conhecimento sobre os resultados das intervenções de enfermagem”, demonstrativo de um baixo controlo da comunidade de enfermeiros da LSP sobre o seu contexto de prática.

Resultado desejado: No final da intervenção comunitária pretendesse que os enfermeiros se sintam mais capacitados para agir sobre o seu contexto e influenciar os decisores naquilo que é a demonstração da sua efetividade na obtenção de melhores resultados de saúde e redução de custos no sistema de saúde.

Intervenções de Enfermagem: As intervenções de enfermagem definidas são apresentadas na tabela infra, tendo em consideração os objetivos específicos delineados. As principais estratégias delineadas incorporam a sensibilização e formação dos enfermeiros da LSP, a auscultação de peritos, a disponibilização de materiais de apoio e a construção de um sistema de monitorização das intervenções de enfermagem.

18

O cronograma de atividades é detalhadamente apresentado em anexo.

Avaliação das Intervenções de Enfermagem: A avaliação da intervenção de enfermagem, junto da comunidade, procura verificar o cumprimento dos objetivos definidos sendo a grande maioria aferida através do cálculo de taxas de participação nos eventos, de adesão à formação, de resposta aos questionários e de consulta de materiais disponibilizados.

No final do estágio procurar-se-á igualmente avaliar o nível de satisfação dos enfermeiros da LSP relativamente às intervenções preconizadas naquilo que foram os seus objetivos, conteúdos, métodos e meios de apoio.

Tabela 1: Plano de Atividades

Objetivo Geral: Desenvolver a iniciativa coletiva dos enfermeiros da LSP em prol de um maior controlo sobre o contexto da sua prática.			
Objetivo Específico	Estratégia	Atividade	Avaliação
Demonstrar a capacidade de participação comunitária dos enfermeiros da LSP	Dotar os enfermeiros da LSP de informação sobre a importância de agirem sobre o seu contexto	Disponibilizar na área partilhada da LSP o diagnóstico de comunidade, as intervenções definidas bem como alguma informação relativa a importância da intervenção comunitária ativa como determinante de autonomia e confiança dos enfermeiros.	Taxa de consulta: Número de Acessos à Pasta Partilhada/75 enfermeiros da LSP
	Construir um conjunto de indicadores de resultado, com os enfermeiros da LSP, que reflitam o <i>core business</i> da sua prática	Identificação dos peritos a consultar. Preparar questionário para auscultação de peritos. Apresentar a metodologia de construção de indicadores aos peritos. Auscultação do painel de peritos.	Taxa de participação: Número de Respostas/N.º de Peritos Seleccionados
	Apreciar de forma crítica os indicadores propostos pelo painel de peritos	Apreciação e divulgação dos resultados junto do coordenador da LSP para sua apreciação crítica.	Taxa de concordância: Total de indicadores aprovados/total de indicadores propostos

Os Resultados das Intervenções de Enfermagem na Linha Saúde Pública

Projeto de Intervenção Comunitária na Linha de Saúde Pública

Objetivo Específico	Estratégia	Atividade	Avaliação
Capacitar os enfermeiros para uma monitorização da prática de enfermagem baseada em indicadores de resultado.	Dotar os enfermeiros da LSP de informação sobre como avaliar a prática de enfermagem;	Preparação, com o Coordenador da LSP e Professora Orientadora de Estágio, do plano de formação e dos materiais de apoio. Divulgação da ação de formação. Realização da formação. Avaliação da formação.	Taxa de Adesão: Número de enfermeiros que participaram na formação/ 75 enf da LSP Taxa de Satisfação: Total enfermeiros satisfeitos/Total participantes
	Validar com os enfermeiros da LSP, uma proposta de sistema de monitorização regular da efetividade das atividades de enfermagem	Preparação do documento e questionário a ser aplicado aos enfermeiros da LSP. Explicação da metodologia <i>delphi</i> e definição com os enfermeiros da LSP do <i>score</i> de avaliação a partir do qual se considera consenso. Efetivação do <i>delphi</i> , através de várias rondas de aplicação do questionário de apreciação dos indicadores de monitorização da efetividade da intervenção de enfermagem. Apresentação dos resultados do <i>painel delphi</i> ao coordenador e enfermeiros da LSP.	Taxa de Participação: Número de respostas validas/N.º participantes
	Reforçar o espírito de equipa e de partilha de informação	Proporcionar momentos de interação e reflexão conjunta, de cariz informal, durante os intervalos para café num espaço físico único. Dinamizar a partilha de documentos e reflexões sobre a prática na área partilhada da LSP.	Taxa de partilha: N.º de documentos existentes na área partilhada/ N.º documentos partilhados no final do estágio
Meta global: 80% dos enfermeiros da LSP percebem ter uma maior capacidade para agir no seu contexto depois de conhecer como podem monitorizar o resultado das suas intervenções.			

20

Anabela Coelho

7. FACTORES CRÍTICOS DE SUCESSO

As estratégias de empoderamento da comunidade exigem a criação de espaços de partilha e confiança, através dos quais a comunidade, por análise crítica dos seus problemas, desconstrói a situação e participa ativamente na identificação das possíveis soluções (Mallory, 2011).

Identificam-se assim como eventuais factores críticos de sucesso:

- A dinamização das iniciativas ser assegurada por um elemento externo à comunidade;
 - A estratégia defina visa envolver desde logo, em todas as iniciativas, o coordenador da LSP ou algum líder carismático identificável.
- A disponibilidade dos enfermeiros para reunirem presencialmente e participarem das sessões de esclarecimento, formação e reuniões de trabalho;
 - A estratégia identificada visa ter um plano alternativa de trabalho em regime de “comunidade prática virtual, apesar da adesão ao e-fórum ter sido muito baixa podemos reativar o grupo.
- A dinamização da comunidade de enfermeiros da LSP para participar e agir sobre o seu contexto de práticas;
 - A estratégia prevista para motivar os profissionais a participar ativamente neste projeto passa pelo esclarecimento inicial que esta iniciativa pode dota-los de uma poderosa ferramenta de influência, aumentando o seu poder naquilo que são as decisões estratégicas e políticas.
- O período temporal do estágio.
 - A estratégia a implementar exige um controlo muito apertado da oportunidade de desenvolvimento de todas as atividades.

21

8. CONCLUSÃO

A consulta de enfermagem em centro de atendimento representa para muitos enfermeiros uma nova e interessante oportunidade profissional integrada no serviço nacional de saúde (Strom, Marklund e Hildingh, 2006; Larsen, 2005).

Esta iniciativa apesar de na literatura ser já descrita há muito como adequada a referência do doente no sistema, evitando custos de uma utilização de serviços desadequada bem como potenciadora da autonomia dos doentes e melhoria do primeiro nível de cuidados: o auto-cuidado (Kumar, 2011) encontra-se em Portugal, pelo pouco tempo de existência, ainda pouco descrita e valorizada.

De facto, ficou demonstrado pelo diagnóstico de comunidade que a maioria dos enfermeiros da LSP deseja ver a sua atividade avaliada pois assim poderá melhorar as suas intervenções, re-focar os seus níveis de intervenção e influenciar as decisões estratégicas do seu contexto profissional

O nosso objetivo com este projeto é auxiliar esta comunidade a reconhecer a sua importância no sistema de saúde e transformar a sua acção em poder de participação e de decisão, no sentido de que as respostas comunitárias desenvolvidas estejam adequadas às suas reais necessidades e interesses.

22

A estratégia de empoderamento da comunidade exige a visão sistémica do todo, preconizado por *Betty Newman*, respeitando-se as sinergias das partes e sobretudo, as ligações e inter-relações existente entre elas (Fawcett e Neuman, 2010).

Assim sendo, esperamos com este projeto, no âmbito das atividades da especialização de enfermagem comunitária e de saúde pública, o desenvolvimento de uma estratégia de intervenção que preconize a devolução “do poder à comunidade de enfermeiros da LSP”, através da sensibilização, formação, reflexão crítica sobre a prática e a demonstração de resultados.

Anabela Coelho

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aiken, L. H., Sloane, D. M., Lake, E. T., Sochalski, J., e Weber, A. L. (1999). Organization and outcomes of inpatient AIDS care. *Medical Care*, 37(8), 760-772.
2. Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J., e Silber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*, 288(16), 1987-1993.
3. Community Development Exchange (2008). What is community empowerment? CDX: London. 8p.
4. Doran, D. (2011). *Nursings outcomes. The state of the science*. Mississauga: Jones and Bartlett Publishers.
5. Fawcett J, Neuman B. (2010). The Neuman Systems Model. Pearson Education. ISBN: 9780135142776
6. Granapathy, K. e Ravindra, A. (2011). Telenursing in an emerging economy: an overview in Telenursing. In S. a. Kumar, *Telenursing*. London: Springer-Verlag.
7. Holmström, I. (2007). Decision aid software programs in telenursing: not used as intended? Experiences of Swedish telenurses. *Nursing and Health Sciences*, 23-28.
8. Kleinpell, R. (1997). Whose outcomes: patients, providers or payers? . *The Nursing Clinics of North America* . , 33 (3), 513-20.
9. Kumar, S. (2011). Telenursing: An Audit. *Health Informatics*, 191-193
10. Larsen, A. (2005). In the public interest: autonomy and resistance to methods of standardising nurses' advice and practices from a health call centre in Perth, Western Australia. *Nursing Inquiry*, 12(2): 135–143.
11. Laschinger, H. K. S., Sabiston, J. A., & Kutscher, L. (1997). Empowerment and staff nurse decision involvement in nursing work environments: Testing Kanter's theory of structural power in organizations. *Research in Nursing & Health*, 20, 341-352.
12. Ledlow, G., Dan O'Hair, H. e Moore, S. (2009). Predictors of Communication Quality: The Patient, Provider, and Nurse Call Center Triad. *Health Communication* , 431-455.
13. Mallory J. (2011). The Shifting Landscape of Health Care: Toward a Model of Health Care Empowerment. *American Journal of Public Health*. 101 (2): 265-270.

14. Manojlovich, M. (2005). Predictors of professional nursing practice behaviors in hospital settings. *Nursing Research*, 54(1), 41-47.
15. Mendes, I., Trevizan, M., Mazzo, A., Godoy, S. e Ventura, C. (2011). Marketing profissional e visibilidade social na enfermagem: uma estratégia de valorização de recursos humanos. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 20 (4), 788-95.
16. Neuman, B. (1995). The Neuman Systems Model. Third Edition, Library of Congress: USA.
17. Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Regulamento do perfil das competências dos enfermeiros de cuidados gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
18. Polit, D. e Beck, C. (2013). *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
19. Rodrigues, R. (2009). *Satisfação global aferida pelos pacientes: Uma aplicação ao serviço de urgência Português*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.
20. Secoli, S., Nita, M., Ono-Nita, S. e Nobre, M. (2010). Avaliação de tecnologia em saúde: II. A análise de custo-efetividade. *Arq. Gastroenterol.*, 14 (3), 329-33.
21. Strom M., Marklund B., Hildingh C. (2006). Nurses' perceptions of providing advice via a telephone care line. *British Journal of Nursing*, 15 (20).
22. Tomey A, Alligood M. (1999). Modelos e teorias en enfermeria. 4.^a edição. Harcourt: Madrid.
23. World Health Organization. (2003). *Nurses and Midwives: A Force for Health*. Copenhagen: WHO Europe.

ANEXO: Cronograma de Atividades

MÊS	fevereiro			abril		maio					junho				julho			
SEMANAS/ATIVIDADES	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	12ª	13ª	14ª	15ª	16ª	17ª	18ª
Apresentação do projeto de estágio																		
Pesquisa bibliográfica																		
Preparação do questionário para identificação dos indicadores-chave																		
Aplicação do questionário aos peritos																		
Reunião com enfermeiros peritos para validação da informação																		
Preparação da informação a disponibilizar na área partilhada da LSP																		
Preparação da Formação e dos Materiais de apoio																		
Formação, Painel Delphi e Tratamento e análise de dados																		

Os Resultados das Intervenções de Enfermagem na Linha Saúde Pública

Projeto de Intervenção Comunitária na Linha de Saúde Pública

Divulgação dos resultados aos enfermeiros da LSP																		
Desenvolvimento de um sistema de monitorização das práticas de enfermagem na LSP considerando os resultados obtidos																		
Avaliação preliminar de alguns resultados dos cuidados de enfermagem na LSP																		
Momentos informais de reflexão e partilha de experiências entre colegas; Reuniões de Orientação Preparação e discussão (parcelar e final) do relatório de estágio																		

27

Anabela Coelho

Anexo 5: Programa de Formação

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE
Módulo Saúde Pública



FORMAÇÃO
AGENTES DE LINHA

22 e 23 de Maio de 2014

Metodologias de avaliação da qualidade do atendimento telefónico

Temáticas do módulo	Qualidade no atendimento telefónico, Inquérito Infofamília (DGS), Saúde do viajante (atualização), Programa Saúde Infantil, Contraceção de emergência e Enfermeiros sentinela
----------------------------	---

Objectivos da Formação:

Capacitar os agentes de linha com estratégias proactivas e conhecimentos para melhor responderem às necessidades do cidadão
Coligir informação que os capacite a otimizar a sua intervenção no atendimento telefónico face aos problemas de saúde pública.

Dia 22 de maio - 5ª. Feira

(Sala de Aula 0.32/0.33 (R/C) do polo Artur Ravara - ESELisboa)

Dia 23 de maio - 6ª. Feira

(Sala de Aula 0.32/0.33 (R/C) do polo Artur Ravara - ESELisboa))

09.30 h	Entrega de Pastas e Documentação		
	Atividade LSP - 2013		
09.30 h	Enf.º Sérgio Gomes (Coordenador Nacional LSP)	09.00h	Inquérito Infofamília (DGS)
/	- Resultados da atividade em 2013	/	Prof. Paulo Nogueira (Diretor dos Serviços de Inf e Análise)
10.30 h	- Resultados do questionário no âmbito do estágio de Especialização em Enfermagem Comunitária	10.30h	Dr. Pedro Graça (Diretor do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável)
			Dra. Cristina Santos (Chefe de Equipa da UESP)
			- Apresentação dos resultados do "infofamília"
			- Medidas futuras
	Intervalo	10.30h	Enfermeiros Sentinela
11.00 h	Avaliação da satisfação dos utentes da LSP	/	Enf.º Sérgio Gomes (DGS)
/	Enf.ª Marta Rosa (Docente da ESSSantarém)	11.00h	- Enquadramento do projeto
12.00 h	- Avaliação da satisfação dos utentes LSP		Intervalo
			Indicadores de monitorização das intervenções LSP
12.00 h	Contraceção de emergência	11.30h	Enf.ª Anabela Coelho (Chefe da Divisão de Gestão da Qualidade)
/	Dra. Lisa Vicente (Chefe de Divisão de Saúde Sexual, Reprodutiva, Infantil e Juvenil - DGS)	13.00h	- Indicadores de qualidade do atendimento LSP
13.00 h	- O que sabe a população?		Almoço
	Almoço		Programa da Saúde infantil e Juvenil
14.30h	Saúde do viajante	14.30h	Enf.ª Bárbara Menezes (Coordenadora PNSI - DGS)
/	Dra. Etelvina Calé (DGS)	16.00h	- Dinâmica estrutural do programa
15.30h	- Atualização sobre saúde do viajante		Intervalo
	Intervalo		Motivos de atendimento da LSP
	Fontes de informação	16.30h	Enf.º Sérgio Gomes (Coordenador Nacional LSP)
16.00 h	Enf.ª Andreia Silva (Diretora do Serviço de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde - DGS)	/	- Clarificação dos motivos de atendimento na LSP
17.30 h	- As fontes de informação da DGS	17.30h	
	- Diagnóstico das necessidades de formação LSP		

Jantar

Formadores

Enf.ª Anabela Coelho (DGS)	Dra. Lisa Vicente (DGS)
Enf.ª Andreia Silva (DGS)	Enf.ª Marta Rosa (ESSSantarém)
Enf.ª Bárbara Menezes (DGS)	Prof. Paulo Nogueira (DGS)
Dra. Cristina Santos (DGS)	Dr. Pedro Graça (DGS)
Dra. Etelvina Calé (DGS)	

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
Sala de Aula 0.32/0.33 (R/C) do polo Artur Ravara (Junto ao Parque das Nações Saúde)
Av. D. João II, Lote 4.69.01, 1990-096 Lisboa

Anexo 6: Avaliação das Atividades do Projeto de Intervenção

Objetivo Geral: Desenvolver a iniciativa coletiva dos enfermeiros da LSP em prol de um maior controlo sobre o contexto da sua prática.				
Objetivo Específico	Estratégia	Atividade	Avaliação	Resultados
Demonstrar a capacidade de participação comunitária dos enfermeiros da LSP	Dotar os enfermeiros da LSP de informação sobre a importância de agirem sobre o seu contexto	Disponibilizar na área partilhada da LSP o diagnóstico de comunidade, as intervenções definidas bem como alguma informação relativa à importância da intervenção comunitária ativa como determinante de autonomia e confiança dos enfermeiros.	Nível de consulta: Número de Acessos à Pasta Partilhada/75 enfermeiros da LSP (em %)	3905 acessos/75 (52 acessos/enfermeiro)
	Construir um conjunto de indicadores de resultado, com os enfermeiros da LSP, que reflitam o <i>core business</i> da sua prática	Identificação dos peritos a consultar. Preparar questionário para auscultação de peritos. Apresentar a metodologia de construção de indicadores aos peritos. Auscultação do painel de peritos.	Taxa de participação: Número de Respostas/N.º de Peritos Seleccionados (em %)	6 respostas/6 peritos (100%)
	Apreciar de forma crítica os indicadores propostos pelo painel de peritos	Apreciação e divulgação dos resultados junto do coordenador da LSP para sua apreciação crítica.	Taxa de concordância: Total de indicadores aprovados/total de indicadores propostos	13 aprovados/15 propostos (87%)

Objetivo Específico	Estratégia	Atividade	Avaliação	Resultados
Capacitar os enfermeiros para uma monitorização da prática de enfermagem baseada em indicadores de resultado.	Dotar os enfermeiros da LSP de informação sobre como avaliar a prática de enfermagem;	Preparação, com o Coordenador da LSP e Professora Orientadora de Estágio, do plano de formação e dos materiais de apoio. Divulgação da ação de formação. Realização da formação. Avaliação da formação.	Taxa de Adesão: Número de enfermeiros que participaram na formação/ 75 enf da LSP Taxa de Satisfação: Total enfermeiros satisfeitos/Total participantes	60 participantes/75 enfermeiros (80%) NA
	Validar com os enfermeiros da LSP, uma proposta de sistema de monitorização regular da efetividade das atividades de enfermagem	Preparação do documento e questionário a ser aplicado aos enfermeiros da LSP. Explicação da metodologia <i>delphi</i> e definição com os enfermeiros da LSP do <i>score</i> de avaliação a partir do qual se considera consenso. Efetivação do <i>delphi</i> , através de várias rondas de aplicação do questionário de apreciação dos indicadores de monitorização da efetividade da intervenção de enfermagem. Apresentação dos resultados do <i>painel delphi</i> ao coordenador e enfermeiros da LSP.	Taxa de Participação: Número de respostas validas/N.º participantes	55 respostas/75 enfermeiros (73%)

Os Resultados das Intervenções de Enfermagem na Linha Saúde Pública

	Reforçar o espírito de equipa e de partilha de informação	<p>Proporcionar momentos de interação e reflexão conjunta, de cariz informal, durante os intervalos para café num espaço físico único.</p> <p>Dinamizar a partilha de documentos e reflexões sobre a prática na área partilhada da LSP.</p>	Taxa de partilha: N.º de documentos existentes na área partilhada/ N.º documentos partilhados no final do estágio	10 documentos partilhados em janeiro/43 documentos partilhados em junho (+ 23%)
<p>Meta global: 80% dos enfermeiros da LSP percebem deter uma maior capacidade para agir no seu contexto depois de conhecer como podem monitorizar o resultado das suas intervenções.</p>				<p>60 participantes/75 enfermeiros (80%)</p>

Anexo 7: Descritores em ciências da saúde da BIREME

Apresentam-se as definições e traduções dos DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) utilizados na revisão sistemática da literatura, de acordo com a BIREME (Biblioteca Virtual em Saúde, 2014)

Descritor em Inglês: Hotlines

Descritor em Português: Linhas diretas

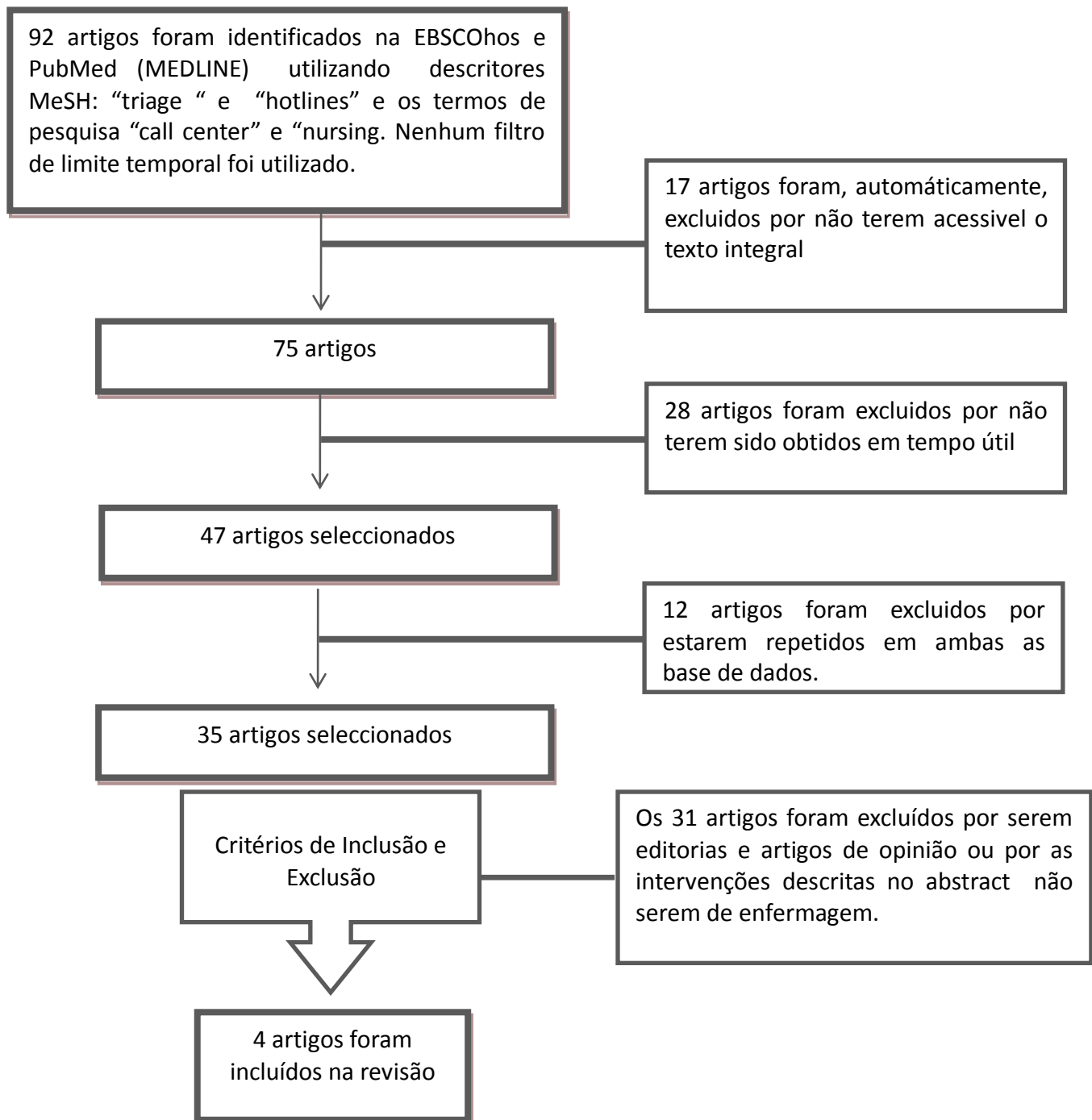
Definição: Sistema de [comunicação](#) direta, normalmente [telefone](#), estabelecido para contato imediato. É projetado para prover [informação](#) especial e ajuda por pessoal treinado e é usado para [aconselhamento](#), indicações e [emergências](#) como [envenenamento](#) e [ameaças](#) de [suicídio](#).

Descritor em Inglês: Triage

Descritor Português: Triagem

Definição: A separação e classificação de pacientes ou casualidades para determinar prioridade de necessidades e tratamento em local apropriado (MeSH/NLM). Seleção e classificação de vítimas através da aplicação de critérios que determinam sua probabilidade de sobrevivência (Material IV - Glosario de Protección Civil, OPAS, 1992)

Anexo 8: Árvore de decisão da seleção de artigos



Anexo 9: Documento mártir (Painel Peritos)

Caro Perito

O trabalho desenvolvido pelos enfermeiros da Linha Saúde Pública (LSP) pode vir a ser ainda mais reconhecido se, de alguma forma, se conseguir delimitar o VALOR das suas intervenções. Consideramos que a monitorização sistemática de alguns resultados sensíveis as intervenções de enfermagem retira não só a subjetividade das apreciações como também torna, fatualmente, visível o impacto das intervenções dos enfermeiros da LSP.

Nesta auscultação de peritos, para identificação de potenciais resultados de enfermagem sensíveis às intervenções de enfermagem da LSP, consideramos os resultados da seguinte triangulação metodológica:

- 1- Revisão sistemática da literatura;
- 2- Resumo Mínimo de Dados e Core de indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde da Ordem dos Enfermeiros (2007);
- 3- Diagnóstico de situação na comunidade de enfermeiros da LSP.

A ficha que apresentamos infra pretende identificar o seu nível de concordância para com a tipologia de resultados e proposta de indicadores.

Instruções de Preenchimento:

Aprecie de forma crítica cada um dos resultados e respetivos indicadores, apresentados nas tabelas infra, tendo em consideração a pertinência da sua monitorização na realidade das intervenções dos enfermeiros da LSP.

Caso não concorde com a tipologia de resultado e/ou fórmula de cálculo do indicador por favor preencha a coluna “Observações” com uma das seguintes alternativas de resposta:

- Resultado não aplicável à LSP.
- Indicador mal formulado. Neste caso por favor indique a nova proposta de fórmula de cálculo.

Os Resultados das Intervenções de Enfermagem na Linha Saúde Pública

1. Da revisão sistemática de literatura sobre resultados de enfermagem monitorizados em *call-centers* foi possível identificar os seguintes resultados de monitorização da intervenção de enfermagem:

Tipologia de Resultados	Indicador	Observações
Satisfação global	Total de indivíduos satisfeitos/total indivíduos auscultados	
Nível de Conhecimento	Total de indivíduos que mencionam ter melhorado o seu nível de conhecimento /total indivíduos auscultados	
Adesão ao aconselhamento	Total de indivíduos que cumpriram as indicações da LSP/total indivíduos auscultados	
Utilização de serviços	Total de indivíduos que utilizariam outro serviço de saúde se não houvesse LSP/total indivíduos auscultados	
Ponderação de custos ou impacto financeiro	Custo das intervenções do enfermeiro da LSP durante um período de tempo/Custo da intervenção de outros serviços de saúde no mesmo período de tempo	

2. Do “Resumo Mínimo de Dados e Core de indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde” da Ordem dos Enfermeiros (2007) selecionamos alguns resultados de monitorização das intervenções de enfermagem que estavam definidos para o *setting* de Cuidados de Saúde Primários adaptando-se os mesmos à tipologia de áreas de intervenção preconizadas pela LSP:

Tipologia de Resultados	Indicador	Observações
Aceitação do estado de saúde	Nº. de indivíduos com aceitação do estado de saúde/Nº total de indivíduos	
Adesão à vacina	Nº. de indivíduos com adesão à vacina/ Nº total de indivíduos	
	Nº. de Prestadores de Cuidados com ganhos de conhecimento/Nº total de Prestadores de Cuidados com potencial	
Adesão ao regime medicamentoso/dietético	Nº. de indivíduos com adesão ao regime/Nº total de indivíduos	
	Nº. de indivíduos com ganhos de conhecimento/Nº total de indivíduos com potencial	
Contraceção de Emergência	Nº. de indivíduos com uso de contraceptivos de emergência/Nº total de indivíduos que contatam a LSP	
	Nº. de indivíduos com ganhos em conhecimento/Nº total de indivíduos com défice	
Excesso de Peso	Nº. de utentes com excesso de peso/Nº total de utentes que contatam a LSP	
	Nº. de utentes com risco sem excesso de peso/Nº utentes com risco de excesso de peso	

3. Do diagnóstico de situação realizado aos enfermeiros da LSP foi possível identificar os seguintes resultados de monitorização da intervenção de enfermagem:

Tipologia de Resultados	Indicador	Observações
Adequabilidade do Encaminhamento	Total de indivíduos corretamente encaminhados /total indivíduos auscultados	
Adequabilidade do Diagnóstico	Total de indivíduos corretamente diagnosticados/total indivíduos auscultados	
Prevalência de atendimentos	Total de indivíduos que contactam a LSP durante um ano/Total chamadas para o centro de atendimento	
Resultados em Saúde	Total de indivíduos que contactaram a LSP com sinais de doença transmissível (re)emergente ¹ /Total de indivíduos referenciados para internamento	

¹ Gripe sazonal; Sarampo; Rubéola; Leptospirose; Meningite; Intoxicações alimentares; Varicela; Cólera; Gripe H5N1; Encefalopatia espongiforme bovina - BSE; Legionela; Marburgo; Vírus Chikungunya; Norovirus; Dengue; Vírus do papiloma humano - HPV; Raiva; Gripe A; Vírus West Nile; Escherichia coli – Alemanha; Ebola.

Os Resultados das Intervenções de Enfermagem na Linha Saúde Pública

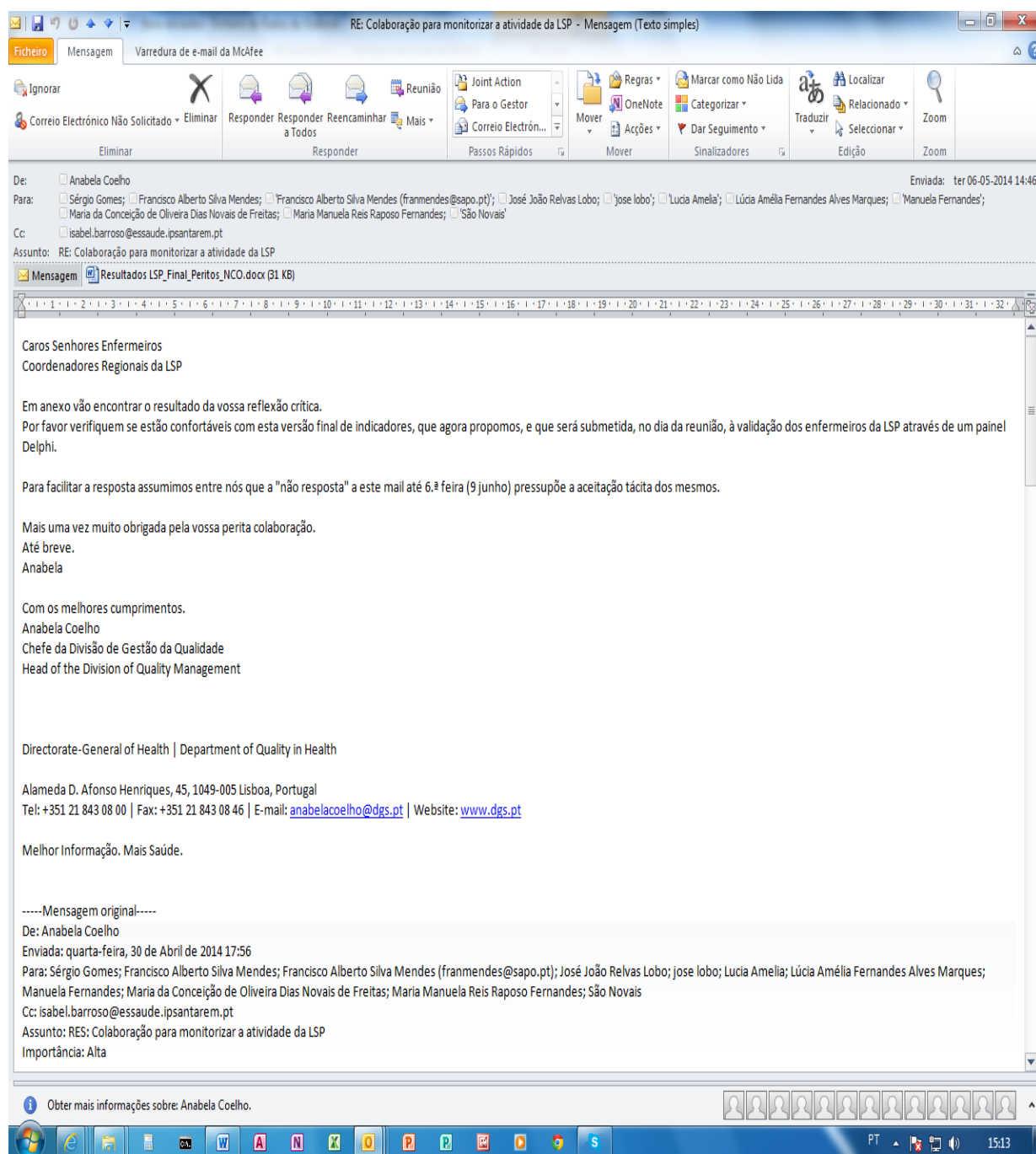
Se pretender apresentar sugestões de outros resultados e indicadores por favor indique infra, num limite máximo de três (3).

Tipologia de resultado	Indicador
1.	
2.	
3.	

Agradecemos a sua perita colaboração neste trabalho.

Anabela Coelho

Anexo 10: Correio electrónico de validação e conclusões



Anexo 11: Relatório síntese das conclusões

1. Conclusões:

- a) Eliminou-se o grupo de indicadores (*vidé* ponto 3) extraídos e adaptados do “Resumo Mínimo de Dados e Core de indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde” da Ordem dos Enfermeiros (2007) por três ordens de razão:
 - os indicadores em causa nesse grupo já estavam representados nos outros grupos;
 - os indicadores propostos eram epidemiológicos e não de resultado;
 - os indicadores não são pertinentes no âmbito da atividade da LSP.

- b) Foram ainda propostos e aceites 6 novos indicadores a saber:
 - Custo das intervenções do enfermeiro da LSP durante um período de tempo/ Total de Indivíduos atendidos no mesmo período de tempo.
 - Custo das intervenções do enfermeiro da LSP durante um período de tempo/Custo da intervenção de enfermeiro no serviço de saúde X no mesmo período de tempo.
 - Total de indivíduos que mencionam ter recorrido a outro tipo de aconselhamento/total indivíduos auscultados.
 - Total de indivíduos satisfeitos com o encaminhamento/total indivíduos auscultados
 - Total de indivíduos satisfeitos com o diagnóstico de enfermagem (ou avaliação) formulado pelo enfermeiro da LSP/total indivíduos auscultados
 - Nº. de indivíduos que ligaram por contração de emergência e tiveram ganhos em conhecimento sobre planeamento familiar/Nº total de indivíduos que contatam a LSP sobre contração de emergência

- c) O indicador “Ganhos de Conhecimento” pode ser avaliado globalmente e/ou desdobrado em avaliações parciais por áreas de atuação da LSP. Numa análise amostral temática podemos aferir os ganhos de conhecimento obtidos em temas como a vacinação, doenças, contração amamentação e alimentação infantil, IVG, orientação no SNS, entre outros.

2. Lista Final a submeter ao painel Delphi

Tipologia de Resultados	Indicador
Satisfação	Total de indivíduos satisfeitos/total indivíduos auscultados Total de indivíduos satisfeitos com o encaminhamento/total indivíduos auscultados Total de indivíduos satisfeitos com o diagnóstico de enfermagem (ou avaliação) formulado pelo enfermeiro da LSP/total indivíduos auscultados
Ganhos de Conhecimento	Total de indivíduos que mencionam ter aumentado o seu nível de conhecimento /total indivíduos auscultados Nº. de indivíduos que ligaram por contração de emergência e tiveram ganhos em conhecimento sobre planeamento familiar/Nº total de indivíduos que contactam a LSP sobre contração de emergência
Adesão ao aconselhamento	Total de indivíduos que informam ter cumprido as indicações da LSP/total indivíduos auscultados
Utilização de serviços	Total de indivíduos que utilizariam outro serviço de saúde em alternativa à LSP/total indivíduos auscultados
Ponderação de custos ou impacto financeiro	Custo das intervenções do enfermeiro da LSP durante um período de tempo/Custo da intervenção de outros serviços de saúde no mesmo período de tempo Custo das intervenções do enfermeiro da LSP durante um período de tempo/ Total de Indivíduos atendidos no mesmo período de tempo Custo das intervenções do enfermeiro da LSP durante um período de tempo/Custo da intervenção de enfermeiro no serviço de saúde X no mesmo período de tempo
Nível de Confiança para com o Serviço	Total de indivíduos que mencionam ter recorrido a outro tipo de aconselhamento/total indivíduos auscultados

Tipologia de Resultados	Indicador
Adequabilidade do Encaminhamento	Total de indivíduos adequadamente encaminhados /total indivíduos auscultados
Adequabilidade do Diagnóstico de enfermagem (ou Avaliação)	Total de indivíduos com correto diagnóstico de enfermagem/avaliados /total indivíduos auscultados
Prevalência de atendimentos	Total de indivíduos encaminhados para a LSP durante um ano/Total chamadas para o centro de atendimento
Resultados em Saúde	Total de indivíduos que contactaram a LSP com sinais de doença transmissível (re)emergente ² /Total de indivíduos referenciados para a unidade de saúde

3. Indicadores Eliminados

Do “Resumo Mínimo de Dados e Core de indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde” da Ordem dos Enfermeiros (2007) selecionamos alguns resultados de monitorização das intervenções de enfermagem que estavam definidos para o *setting* de Cuidados de Saúde Primários adaptando-se os mesmos à tipologia de áreas de intervenção preconizadas pela LSP:

Tipologia de Resultados	Indicador	Observações
Aceitação do estado de saúde	Nº. de indivíduos com aceitação do estado de saúde/Nº total de indivíduos	Com pouco interesse para a atividade da LSP
Adesão à vacina	Nº. de indivíduos com adesão à vacina/ Nº total de indivíduos	Com pouco interesse para a atividade da LSP
	Nº. de Prestadores de Cuidados com ganhos de conhecimento/Nº total de Prestadores de Cuidados com potencial	Com pouco interesse para a atividade da LSP

² Gripe sazonal; Sarampo; Rubéola; Leptospirose; Meningite; Intoxicações alimentares; Varicela; Cólera; Gripe H5N1; Encefalopatia espongiforme bovina - BSE; Legionela; Marburgo; Vírus Chikungunya; Norovirus; Dengue; Vírus do papiloma humano - HPV; Raiva; Gripe A; Vírus West Nile; Escherichia coli – Alemanha; Ebola.

Tipologia de Resultados	Indicador	Observações
Adesão ao regime medicamentoso/dietético	Nº. de indivíduos com adesão ao regime/Nº total de indivíduos	Com pouco interesse para a atividade da LSP
	Nº. de indivíduos com ganhos de conhecimento/Nº total de indivíduos com potencial	Já está incluído no indicador “Ganhos de Conhecimento”
Contraceção de Emergência	Nº. de indivíduos com uso de contraceptivos de emergência/Nº total de indivíduos que contatam a LSP	Indicador Epidemiológico
	Nº. de indivíduos com ganhos em conhecimento/Nº total de indivíduos com défice	Já está incluído no indicador “Ganhos de Conhecimento”
Excesso de Peso	Nº. de utentes com excesso de peso/Nº total de utentes que contatam a LSP	Indicador Epidemiológico
	Nº. de utentes com risco sem excesso de peso/Nº utentes com risco de excesso de peso	Com pouco interesse para a atividade da LSP

Anexo 12: Questionário Delphi

1. Questionário da primeira ronda

Resultados e Indicadores de Enfermagem - Linha Saúde Pública (LSP)

Nota Explicativa / Instruções de Preenchimento:

Caro Perito

O trabalho desenvolvido pelos enfermeiros da Linha Saúde Pública (LSP) pode vir a ser ainda mais reconhecido se, de alguma forma, se conseguir delimitar o VALOR das suas intervenções.

Consideramos que a monitorização sistemática de alguns resultados sensíveis as intervenções de enfermagem retira não só a subjetividade das apreciações como também torna, factualmente, visível o impacto das intervenções dos enfermeiros da LSP.

Assim sendo, vimos convidá-lo a participar na 1ª ronda do painel de peritos ao qual será aplicada a Metodologia de Delphi, de forma a obter-se consenso sobre a identificação de potenciais resultados de enfermagem sensíveis às intervenções de enfermagem da LSP.

Nesta auscultação de peritos, para identificação de potenciais resultados de enfermagem sensíveis às intervenções de enfermagem da LSP, considerámos os resultados decorrentes da seguinte triangulação metodológica:

- 1- Diagnóstico de situação na comunidade de enfermeiros da LSP
- 2- Revisão sistemática da literatura;
- 3- Painel de Peritos.

Com a Metodologia de Delphi procuramos reunir, para cada indicador, um nível de consenso igual ou superior a 75%. Caso não se consiga atingir esse nível de consenso serão realizadas sucessivas rondas até se atingir o nível de consenso adequado.

Assume-se o compromisso de garantia da confidencialidade e anonimato das respostas. Todos os dados obtidos serão alvo de análise estatística e posterior divulgação junto do grupo de peritos.

O tempo estimado de preenchimento é de 5 minutos.

Agradecemos a sua participação

Instruções de Preenchimento:

1- Aprecie de forma crítica cada um dos resultados e respetivos indicadores, apresentados nas tabelas infra, tendo em consideração a pertinência da sua monitorização na realidade das intervenções dos enfermeiros da LSP.

2- Atribua a cada indicador uma cotação da escala. Para o efeito consideramos o valor 1 (um) como “discordo totalmente” e o valor 5 (cinco) como “concordo totalmente”.

Resultados e Indicadores

Tipologia de Resultados	Indicador
Satisfação	1. Total de indivíduos satisfeitos/total indivíduos auscultados 2. Total de indivíduos satisfeitos com o encaminhamento/total indivíduos auscultados 3. Total de indivíduos satisfeitos com o diagnóstico de enfermagem (ou avaliação) formulado pelo enfermeiro da LSP/total indivíduos auscultados
Ganhos de Conhecimento	4. Total de indivíduos que mencionam ter aumentado o seu nível de conhecimento /total indivíduos auscultados 5. Nº. de indivíduos que ligaram por contração de emergência e tiveram ganhos em conhecimento sobre planeamento familiar/Nº total de indivíduos que contactam a LSP sobre contração de emergência
Adesão ao aconselhamento	6. Total de indivíduos que informam ter cumprido as indicações da LSP/total indivíduos auscultados
Utilização de serviços	7. Total de indivíduos que utilizariam outro serviço de saúde em alternativa à LSP/total indivíduos auscultados
Ponderação de custos ou impacto financeiro	8. Custo das intervenções do enfermeiro da LSP durante um período de tempo/Custo da intervenção de outros serviços de saúde no mesmo período de tempo 9. Custo das intervenções do enfermeiro da LSP durante um período de tempo/ Total de indivíduos atendidos no mesmo período de tempo 10. Custo das intervenções do enfermeiro da LSP durante um período de tempo/Custo da intervenção de enfermeiro no serviço de saúde X no mesmo período de tempo
Nível de Confiança para com o Serviço	11. Total de indivíduos que mencionam ter recorrido a outro tipo de aconselhamento/total indivíduos auscultados
Adequabilidade do Encaminhamento	12. Total de indivíduos adequadamente encaminhados /total indivíduos auscultados
Adequabilidade do Diagnóstico de enfermagem (ou Avaliação)	13. Total de indivíduos com correto diagnóstico de enfermagem/avaliados /total indivíduos auscultados
Prevalência de atendimentos	14. Total de indivíduos encaminhados para a LSP durante um ano/Total chamadas para o centro de atendimento
Resultados em Saúde	15. Total de indivíduos que contactaram a LSP com sinais de doença transmissível (re)emergente ¹¹⁾ /Total de indivíduos referenciados para a unidade de saúde

¹¹⁾ Gripe sazonal; Sarampo; Rubéola; Leptospirose; Meningite; Intoxicações alimentares; Varicela; Cólera; Gripe H5N1; Encefalopatia espongiforme bovina - BSE; Legionella; Marburg; Vírus Chikungunya; Norovírus; Dengue; Vírus do papiloma humano - HPV; Raiva; Gripe A; Vírus West Nile; Escherichia coli - Alemanha; Ebola.

Resultados e Indicadores de Enfermagem - Linha Saúde Pública (LSP)

Resultados e Indicadores de Enfermagem - Linha Saúde Pública (LSP)

1. Tipologia de Resultados - Satisfação

	1	2	3	4	5	Não sabe/Não responde
Total de indivíduos satisfeitos/total indivíduos auscultados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Total de indivíduos satisfeitos com o encaminhamento/total indivíduos auscultados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Total de indivíduos satisfeitos com o diagnóstico de enfermagem (ou avaliação) formulado pelo enfermeiro da LSP/total indivíduos auscultados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Tipologia de Resultados - Ganhos de Conhecimento

	1	2	3	4	5	Não sabe/Não responde
Total de indivíduos que mencionam ter aumentado o seu nível de conhecimento /total indivíduos auscultados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nº. de indivíduos que ligaram por contraceção de emergência e tiveram ganhos em conhecimento sobre planeamento familiar/Nº total de indivíduos que contatam a LSP sobre contraceção de emergência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Tipologia de Resultados - Adesão ao aconselhamento

	1	2	3	4	5	Não sabe/Não responde
Total de indivíduos que informam ter cumprido as indicações da LSP/total indivíduos auscultados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Os Resultados das Intervenções de Enfermagem na Linha Saúde Pública

4. Tipologia de Resultados - Utilização de serviços

	1	2	3	4	5	Não sabe/Não responde
Total de indivíduos que utilizariam outro serviço de saúde em alternativa à LSP/total indivíduos auscultados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Tipologia de Resultados - Ponderação de custos ou impacto financeiro

	1	2	3	4	5	Não sabe/Não responde
Custo das intervenções do enfermeiro da LSP durante um período de tempo/Custo da intervenção de outros serviços de saúde no mesmo período de tempo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Custo das intervenções do enfermeiro da LSP durante um período de tempo/ Total de Indivíduos atendidos no mesmo período de tempo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Custo das intervenções do enfermeiro da LSP durante um período de tempo/Custo da intervenção de enfermeiro no serviço de saúde X no mesmo período de tempo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Tipologia de Resultados - Nível de Confiança para com o Serviço

	1	2	3	4	5	Não sabe/Não responde
Total de indivíduos que mencionam ter recorrido a outro tipo de aconselhamento/total indivíduos auscultados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Tipologia de Resultados - Adequabilidade do Encaminhamento

	1	2	3	4	5	Não sabe/Não responde
Total de indivíduos adequadamente encaminhados /total indivíduos auscultados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. Tipologia de Resultados - Adequabilidade do Diagnóstico de enfermagem (ou Avaliação)

	1	2	3	4	5	Não sabe/Não responde
Total de indivíduos com correto diagnóstico de enfermagem/avaliados /total indivíduos auscultados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Tipologia de Resultados - Prevalência de atendimentos

	1	2	3	4	5	Não sabe/Não responde
Total de indivíduos encaminhados para a LSP durante um ano/Total chamadas para o centro de atendimento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Tipologia de Resultados - Resultados em Saúde

	1	2	3	4	5	Não sabe/Não responde
15. Total de indivíduos que contactaram a LSP com sinais de doença transmissível (re) emergente* /Total de indivíduos referenciados para a unidade de saúde (* Gripe sazonal; Sarampo; Rubéola; Leptospirose; Meningite; Intoxicações alimentares; Varicela; Cólera; Gripe H5N1; Encefalopatia espongiforme bovina - BSE; Legionela; Marburgo; Vírus Chikungunya; Norovirus; Dengue; Vírus do papiloma humano - HPV; Raiva; Gripe A; Vírus West Nile; Escherichia coli – Alemanha; Ebola)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anter.

Concluído

2. Questionário da segunda ronda

Tipologia de Resultados	Indicador	1	2	3	4	5	6
		discordo totalmente	discordo	não concordo, nem discordo	concordo	concordo totalmente	Não sabe/Não responde
Adesão ao aconselhamento	Resultados obtidos 1ªRonda	3%			68%		
	1. Total de indivíduos que informam ter cumprido as indicações da LSP/total indivíduos auscultados						
Utilização de serviços	Resultados obtidos 1ªRonda	23%			35%		
	2. Total de indivíduos que utilizariam outro serviço de saúde em alternativa à LSP/total indivíduos auscultados						
Ponderação de custos ou impacto financeiro	Resultados obtidos 1ªRonda	8%			53%		
	3. Custo das intervenções do enfermeiro da LSP durante um período de tempo/Custo da intervenção de outros serviços de saúde no mesmo período de tempo						
	Resultados obtidos 1ªRonda	11%			51%		
	4. Custo das intervenções do enfermeiro da LSP durante um período de tempo/ Total de Indivíduos atendidos no mesmo período de tempo						
	Resultados obtidos 1ªRonda	13%			51%		
	5. Custo das intervenções do enfermeiro da LSP durante um período de tempo/Custo da intervenção de enfermeiro no serviço de saúde X no mesmo período de tempo						

Os Resultados das Intervenções de Enfermagem na Linha Saúde Pública

Nível de Confiança para com o Serviço	Resultados obtidos 1ªRonda	16%			47%	
	6. Total de indivíduos que mencionam ter recorrido a outro tipo de aconselhamento/total indivíduos auscultados					
Prevalência de atendimentos	Resultados obtidos 1ªRonda	7%			65%	
	7. Total de indivíduos encaminhados para a LSP durante um ano/Total chamadas para o centro de atendimento					
Resultados em Saúde	Resultados obtidos 1ªRonda	5%			72%	
	8. Total de indivíduos que contactaram a LSP com sinais de doença transmissível (re)emergente ^[1] /Total de indivíduos referenciados para a unidade de saúde					

^[1] Gripe sazonal; Sarampo; Rubéola; Leptospirose; Meningite; Intoxicações alimentares; Varicela; Cólera; Gripe H5N1; Encefalopatia espongiforme bovina - BSE; Legionela; Marburgo; Vírus Chikungunya; Norovirus; Dengue; Vírus do papiloma humano - HPV; Raiva; Gripe A; Vírus West Nile; Escherichia coli – Alemanha; Ebola.

Anexo 13: Fluxograma do processo Delphi



Anexo 14: Informação bibliométrica dos artigos

Informação bibliométrica dos artigos

Titulo	Autor (Ano)	Local	Revista	PMID	Link	Tipo de Publicação PUBMED
Telephone Nursing: Evidence of Client and Organizational Benefits	Greenberg (2000)	EUA	Nursing Economics	PMID: 11052013	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Telephone+Nursing%3A+Evidence+of+Client+and+Organizational+Benefits	Sem Classificação
Computerized Telephone Nurse Triage: An Evaluation of Service Quality and Cost	Cariello (2003)	EUA	J Ambulatory Care Manage	PMID: 12698927	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Computerized+Telephone+Nurse+Triage%3A+An+Evaluation+of+Service+Quality+and+Cost	Estudo de Avaliação
Computer-supported telephone nurse triage: an evaluation of medical quality and costs	MARKLUND; STROM; MANSSON; BORGQUIST; BAIGI; FRIDLUND (2007)	Suécia	Journal of Nursing Management	PMID: 17352701	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17352701	Estudo de Avaliação + Apoio à Pesquisa
Satisfaction and Public Health Cost of a Statewide Influenza Nurse Triage Line in Response to Pandemic H1N1 Influenza	Spaulding, Radi, Macleod, Lynfield, Larson, Hyduke, Dehnel, DeVries (2013)	EUA	PLOS ONE	PMID: 23335953	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3546035/	Apoio à Pesquisa

Anexo 15: Quadro Resumo de Resultados

Quadro Resumo de Resultados

Titulo	Autor (Ano)	Tema/Objetivos	Metodologia	Participantes	Intervenções	Resultados	Nível
Telephone Nursing: Evidence of Client and Organizational Benefits	GREENBERG (2000)	Apresentar a análise dos resultados da intervenção de enfermagem no que diz respeito ao nível da educação dos doentes, da satisfação dos doentes e da utilização dos serviços de saúde (urgências)	Quantitativo; descritivo, analítico. Utilizaram a aplicação de um questionário, construído e testado pelos próprios, junto dos utilizadores da linha.	108 pais de crianças com menos de 18 anos; 90 Enfermeiras;	Atendimento telefónico com protocolos clínicos	O impacto financeiro no sistema de saúde estimado para a população da Clínica (4.000 hab) é de 116.328 dólares/ano. Na opinião dos utilizadores as suas necessidades foram claramente satisfeitas (média de 8,2 em uma escala de 9 pontos) assim como o seu nível de satisfação para com o serviço prestado foi muito elevado (média de 8.3 em uma escala de 1 a 9).	IV

Os Resultados das Intervenções de Enfermagem na Linha Saúde Pública

Titulo	Autor (Ano)	Tema/Objetivos	Metodologia	Participantes	Intervenções	Resultados	Nível
Computerized Telephone Nurse Triage: An Evaluation of Service Quality and Cost	Cariello (2003)	Apresentar os resultados da avaliação da qualidade e dos custos do projeto "Computerized telephone nurse triage (CTNT)".	Quantitativo; descritivo, analítico. A avaliação da qualidade foi aferida pela aplicação do questionário: SERVQUAL. O custo foi avaliado comparando o que o utilizador teria feito se não tivesse acedido ao serviço telefónico.	300 participantes com plano de saúde da "United Healthcare"	Atendimento telefónico com protocolos clínicos computadorizados	A avaliação global da satisfação dos utilizadores foi muito boa com um score do SERVQUAL de 6.3 (numa escala de 1-7). O impacto financeiro da intervenção de enfermagem resultou numa poupança de 38,6% quando comparados os custos reais face aos potenciais (se o utilizador não tivesse contactado com o serviço enfermagem).	IV
Computer-supported telephone nurse triage: an evaluation of medical quality and costs	MARKLUND; STROM; MANSSON; BORGQUIST; BAIGI; FRIDLUND (2007)	Apresentar os resultados da avaliação da intervenção de enfermagem, descrita como triagem telefónica, no tocante à referência, adesão dos participantes às recomendações e custos	Quantitativo; descritivo, analítico. O custo foi avaliado comparando o que o utilizador teria feito se não tivesse acedido ao serviço telefónico.	362 participantes. 4 enfermeiras.	Atendimento telefónico com protocolos clínicos computadorizados (sistema de apoio à decisão). Depois da primeira chamada telefónica os participantes são inquiridos telefonicamente	Todos os doentes aderiram ao aconselhamento de enfermagem; A poupança existente foi de €70.3/chamada/recomendação para auto-cuidado, de €24.3/chamada/recomendação para os cuidados de saúde primários e €22.2/chamada/recomendação para emergência.	IV

Os Resultados das Intervenções de Enfermagem na Linha Saúde Pública

Titulo	Autor (Ano)	Tema/Objetivos	Metodologia	Participantes	Intervenções	Resultados	Nível
Satisfaction and Public Health Cost of a Statewide Influenza Nurse Triage Line in Response to Pandemic H1N1 Influenza	Spaulding, Radi, Macleod, Lynfield, Larson, Hyduke, Dehnel, DeVries (2013)	Apresentar os resultados da avaliação do projeto MN FluLine com a caracterização da população utilizadora, dos resultados da referência, da satisfação dos utilizadores e custos havidos com a intervenção.	Quantitativo; descritivo, analítico. A satisfação dos participantes foi monitorizada por inquérito produzido e testado pelos próprios. O custo foi avaliado tendo em conta o n.º total de chamadas havidas .	27,391 participantes dos quais 6.430 foram rastreados para serem acompanhados telefonicamente por enfermagem (NTL: Nurse Triage Line). Destes foram contactados 1,221 e somente 325 aceitaram ser inquiridos sobre a avaliação do atendimento de enfermagem.	Atendimento telefónico com protocolos clínicos computadorizados. Os doentes elegíveis foram inquiridos telefonicamente	Dos 27,391 participantes 51% apresentava sintomas de gripe e destes 325 participantes aceitaram ser inquiridos sobre a avaliação do atendimento de enfermagem. 73% menciona que se não tivesse recebido atendimento telefonico de enfermagem teriam utilizado um serviço clinico pessoal (urgência ou consulta). O nível de satisfação dos participantes, para com o serviço de enfermagem, é em 91% dos participantes que concluíram o protocolo de enfermagem de muito bom, face aos 50% das respostas dos participantes que não concluíram o protocolo. No entanto 50% dos participantes que não concluíram o protocolo de enfermagem continuam a considerar o MNFluLine muito útil em contraste com os 89% dos participantes que cumpriram protocolo. As chamadas tiveram um custo médio de \$ 12,09/chamada.	IV

Anexo 16: Resultados obtidos nas três rondas

Tabela 1: Indicadores incluídos na 1.ª ronda

1. Tipologia de Resultados – Satisfação	1.ª RONDA
Opções de Resposta	Concordo (≥4)
Total de indivíduos satisfeitos/total indivíduos auscultados	75%
Total de indivíduos satisfeitos com o encaminhamento/total indivíduos auscultados	77%
Total de indivíduos satisfeitos com o diagnóstico de enfermagem (ou avaliação) formulado pelo enfermeiro da LSP/total indivíduos auscultados	77%
2. Tipologia de Resultados - Ganhos de Conhecimento	1.ª RONDA
Opções de Resposta	Concordo (≥4)
Total de indivíduos que mencionam ter aumentado o seu nível de conhecimento /total indivíduos auscultados	77%
Nº. de indivíduos que ligaram por contração de emergência e tiveram ganhos em conhecimento sobre planeamento familiar/Nº total de indivíduos que contatam a LSP sobre contração de emergência	77%
7. Tipologia de Resultados - Adequabilidade do Encaminhamento	1.ª RONDA
Opções de Resposta	Concordo (≥4)
Total de indivíduos adequadamente encaminhados /total indivíduos auscultados	79%
8. Tipologia de Resultados - Adequabilidade do Diagnóstico de enfermagem (ou Avaliação)	1.ª RONDA
Opções de Resposta	Concordo (≥4)
Total de indivíduos com correto diagnóstico de enfermagem/avaliados /total indivíduos auscultados	75%

Tabela 2: Indicadores incluídos na 2.^a ronda

3. Tipologia de Resultados - Adesão ao aconselhamento	1.^a RONDA	2.^a RONDA
Opções de Resposta	Concordo (≥4)	Concordo (≥4)
Total de indivíduos que informam ter cumprido as indicações da LSP/total indivíduos auscultados	68%	98%
4. Tipologia de Resultados - Utilização de serviços	1.^a RONDA	2.^a RONDA
Opções de Resposta	Concordo (≥4)	Concordo (≥4)
Total de indivíduos que utilizariam outro serviço de saúde em alternativa à LSP/total indivíduos auscultados	35%	62%
5. Tipologia de Resultados - Ponderação de custos ou impacto financeiro	1.^a RONDA	2.^a RONDA
Opções de Resposta	Concordo (≥4)	Concordo (≥4)
Custo das intervenções do enfermeiro da LSP durante um período de tempo/Custo da intervenção de outros serviços de saúde no mesmo período de tempo	53%	82%
Custo das intervenções do enfermeiro da LSP durante um período de tempo/ Total de Indivíduos atendidos no mesmo período de tempo	51%	82%
Custo das intervenções do enfermeiro da LSP durante um período de tempo/Custo da intervenção de enfermeiro no serviço de saúde X no mesmo período de tempo	51%	69%

6. Tipologia de Resultados - Nível de Confiança para com o Serviço	1.^a RONDA	2.^a RONDA
Opções de Resposta	Concordo (≥4)	Concordo (≥4)
Total de indivíduos que mencionam ter recorrido a outro tipo de aconselhamento/total indivíduos auscultados	47%	75%
9. Tipologia de Resultados - Prevalência de atendimentos	1.^a RONDA	2.^a RONDA
Opções de Resposta	Concordo (≥4)	Concordo (≥4)
Total de indivíduos encaminhados para a LSP durante um ano/Total chamadas para o centro de atendimento	65%	76%
10. Tipologia de Resultados - Resultados em Saúde	1.^a RONDA	2.^a RONDA
Opções de Resposta	Concordo (≥4)	Concordo (≥4)
15. Total de indivíduos que contataram a LSP com sinais de doença transmissível (re)emergente ³ /Total de indivíduos referenciados para a unidade de saúde	72%	93%

³ Gripe sazonal; Sarampo; Rubéola; Leptospirose; Meningite; Intoxicações alimentares; Varicela; Cólera; Gripe H5N1; Encefalopatia espongiforme bovina - BSE; Legionela; Marburgo; Vírus Chikungunya; Norovirus; Dengue; Vírus do papiloma humano - HPV; Raiva; Gripe A; Vírus West Nile; Escherichia coli – Alemanha; Ebola

Tabela 3 Resultados da 3ª ronda

4. Tipologia de Resultados - Utilização de serviços	1.^a RONDA	2.^a RONDA	3.^a RONDA
Opções de Resposta	Concordo (≥ 4)	Concordo (≥ 4)	Concordo (≥ 4)
Total de indivíduos que utilizariam outro serviço de saúde em alternativa à LSP/total indivíduos auscultados	35%	62%	NA
5. Tipologia de Resultados - Ponderação de custos ou impacto financeiro	1.^a RONDA	2.^a RONDA	3.^a RONDA
Opções de Resposta	Concordo (≥4)	Concordo (≥4)	Concordo (≥ 4)
Custo das intervenções do enfermeiro da LSP durante um período de tempo/Custo da intervenção de enfermeiro no serviço de saúde X no mesmo período de tempo	51%	69%	NA

Anexo 17: Sistema de Monitorização

Tabela 1: Síntese de alguns parâmetros do sistema de monitorização

Indicador	Dimensão	Fonte de Dados	Periodicidade
Nível de Satisfação dos Indivíduos Atendidos pela LSP	Qualidade	Inquérito Telefónico	Bianual
Nível de Satisfação com o Encaminhamento da LSP	Qualidade	Inquérito Telefónico	Bianual
Nível de Satisfação com Diagnóstico/Avaliação da LSP	Qualidade	Inquérito Telefónico	Bianual
Nível de Conhecimento dos Indivíduos após contato da LSP	Efetividade	Formulário da LSP	Anual
Nível de Conhecimento sobre Contraceção de Emergência	Efetividade	Formulário da LSP	Anual
Nível de Adesão ao Aconselhamento	Efetividade	Inquérito Telefónico	Bianual
Percentagem do Valor da Intervenção dos Enfermeiros da LSP no Total dos Custos na Saúde	Eficiência	Relatórios Internos de Gestão e Dados da ACSS	Anual
Valor da Intervenção dos Enfermeiros da LSP <i>per Capita</i>	Eficiência	Relatórios Internos de Gestão	Anual
Nível de Confiança para com o Atendimento da LSP	Qualidade	Inquérito Telefónico	Bianual
Nível de Adequabilidade do Encaminhamento	Qualidade	Auditoria às chamadas	Anual
Nível de Adequabilidade do Diagnóstico	Qualidade	Auditoria às chamadas	Anual
Prevalência de Atendimentos da LSP	Efetividade	Relatórios Internos de Gestão	Anual
Resultados em Saúde	Efetividade	Formulário da LSP	Anual

A fonte de dados aqui apresentada na tabela 1, pressupõe a seguinte intervenção metodológica para cada uma delas:

1. Inquérito telefónico

- a) Exige a construção de um questionário-tipo, com linguagem simples e clara, orientador da entrevista.
- b) Exige que seja definido, antecipadamente, o período em que o inquérito telefónico se irá realizar de modo a no período “n-1” se identificar a população a contactar no período “n”.
- c) Exige que seja realizado um contato telefónico de *follow-up* a todos os indivíduos no período “n”, que contactaram a LSP no período n-1 e que cumprem os critérios de inclusão definidos no BI do indicador.

2. Formulário da LSP

- a) Exige a revisão do atual formulário de apoio aos enfermeiros da LSP com a inclusão da seguinte questão: “Este contato telefónico para a LSP aumentou o seu nível de conhecimento sobre ...(a considerar de acordo com o motivo do contato)?” com as seguintes hipóteses de resposta “sim/não”.
- b) Como a recolha de dados é permanente importa definir, antecipadamente, qual o momento de corte para a observação. Nesse período todos os processos, que cumprem os critérios de inclusão definidos no BI dos indicadores, devem ser apreciados.

3. Auditoria às chamadas


- a) Exige a constituição de uma equipa de auditores que, periodicamente, vai ouvir as chamadas telefónicas que cumprem os critérios de inclusão definidos nos BI dos indicadores e avaliar o nível de conformidade.

4. Relatórios Internos

- a) Exige a consulta retrospectiva de informação de gestão e financeira da LSP bem como do Centro da Atendimento.
- b) Exige que a análise de dados seja anual e reportada ao ano anterior.

SISTEMA DE MONITORIZAÇÃO DAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NA LINHA SAÚDE PÚBLICA				
BILHETE DE IDENTIDADE				
Designação	Nível de Satisfação dos Indivíduos Atendidos pela LSP			
Dimensão	Qualidade	Entidade gestora	DGS	
Norma/Procedimento		Período aplicável	Ano	
Objectivo	Avaliar o nível de satisfação da população atendida			
Descrição do indicador	Indicador que exprime o nível de satisfação dos indivíduos que contactam a LSP			
Frequência de monitorização	Bianual	Unidade de medida	Porcentagem	
Responsável pela monitorização	DGS/LSP	Fórmula	A / B x 100	
		Output	Porcentagem de satisfeitos	
Prazo entrega reporting	Dia 25 do mês n+1	Valor de referência	A definir pelo Coordenador da LSP	
Órgão fiscalizador	Coordenações Regionais da LSP	Meta	A definir pelo Coordenador da LSP	
CrITÉRIOS de inclusão	<p>Numerador:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ter contactado a LSP na semana anterior; - Ter mencionado estar satisfeito com o atendimento da LSP. <p>Denominador:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ter contactado a LSP na semana anterior. 			
Observações				
Factor crítico				
Variáveis	Definição	Fonte informação/ SI	Unidade de medida	
A - Numerador	N.º de indivíduos que estão satisfeitos com o atendimento da LSP	Inquérito Telefónico	N.º de Indivíduos	
B - Denominador	N.º de indivíduos que contactaram a LSP	Inquérito Telefónico	N.º de Indivíduos	

Os Resultados das Intervenções de Enfermagem na Linha Saúde Pública




SISTEMA DE MONITORIZAÇÃO DAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NA LINHA SAÚDE PÚBLICA


BILHETE DE IDENTIDADE

Designação	Nível de Satisfação com o Encaminhamento da LSP		
Dimensão	Qualidade	Entidade gestora	DGS
Norma/Procedimento		Período aplicável	Ano
Objectivo	Avaliar o nível de satisfação da população atendida face ao encaminhamento recebido		
Descrição do indicador	Indicador que exprime o nível de satisfação dos indivíduos que contactam a LSP		
Frequência de monitorização	Bianual	Unidade de medida	Porcentagem
Responsável pela monitorização	DGS/LSP	Fórmula	A / B x 100
		Output	Porcentagem de satisfeitos
Prazo entrega reporting	Dia 25 do mês n+1	Valor de referência	A definir pelo Coordenador da LSP
Órgão fiscalizador	Coordenações Regionais da LSP	Meta	A definir pelo Coordenador da LSP
Crítérios de inclusão	Numerador: - Ter contactado a LSP na semana anterior; - Ter sido encaminhado para algum serviço; - Ter mencionado estar satisfeito com o encaminhamento da LSP. Denominador: - Ter contactado a LSP na semana anterior; - Ter sido encaminhado para algum serviço;		
Observações			
Factor crítico			

Variáveis	Definição	Fonte informação/ SI	Unidade de medida
A - Numerador	N.º de indivíduos que estão satisfeitos com o encaminhamento da LSP	Inquérito Telefónico	N.º de Indivíduos
B - Denominador	N.º de indivíduos que contactaram a LSP e foram encaminhados para algum serviço	Inquérito Telefónico	N.º de Indivíduos

Os Resultados das Intervenções de Enfermagem na Linha Saúde Pública


SISTEMA DE MONITORIZAÇÃO DAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NA LINHA SAÚDE PÚBLICA				 808 211 311 contact center linha saúde pública DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE
BILHETE DE IDENTIDADE				
Designação	Nível de Satisfação com Diagnóstico/Avaliação da LSP			
Dimensão	Qualidade	Entidade gestora	DGS	
Norma/Procedimento		Período aplicável	Ano	
Objectivo	Avaliar o nível de satisfação da população atendida face ao diagnóstico/avaliação de enfermagem			
Descrição do indicador	Indicador exprime o nível de satisfação do indivíduo face à avaliação de enfermagem			
Frequência de monitorização	Bianual	Unidade de medida	Porcentagem	
Responsável pela monitorização	DGS/LSP	Fórmula	A / B x 100	
		Output	Porcentagem de insuítos	
Prazo entrega reporting	Dia 25 do mês n+1	Valor de referência	A definir pelo Coordenador da LSP	
Órgão fiscalizador	Coordenações Regionais da LSP	Meta	A definir pelo Coordenador da LSP	
Crítérios de inclusão	Numerador: - Ter contactado a LSP na semana anterior; - Ter mencionado estar satisfeito com o diagnóstico/avaliação de enfermagem. Denominador: - Ter contactado a LSP na semana anterior; - Ter sido realizado diagnóstico/avaliação de enfermagem.			
Observações				
Factor crítico				
Variáveis	Definição	Fonte informação/ SI	Unidade de medida	
A - Numerador	N.º de indivíduos que estão satisfeitos com o diagnóstico/avaliação de enfermagem	Inquérito Telefónico	N.º de Indivíduos	
B - Denominador	N.º de indivíduos que contactaram a LSP	Inquérito Telefónico	N.º de Indivíduos	

SISTEMA DE MONITORIZAÇÃO DAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NA LINHA SAÚDE PÚBLICA				 808 211 311 contact center linha saúde pública <small>DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE</small>
BILHETE DE IDENTIDADE				
Designação	Nível de Conhecimento dos Indivíduos após contato da LSP			
Dimensão	Eligibilidade	Entidade gestora	DGS	
Norma/Procedimento		Período aplicável	Ano	
Objectivo	Avaliar o nível de conhecimento da população atendida após contato com a LSP			
Descrição do indicador	Indicador exprime a percepção do indivíduo face ao nível de conhecimento adquirido			
Frequência de monitorização	Anual	Unidade de medida	Porcentagem	
Responsável pela monitorização	DGS/LSP	Fórmula	A / B x 100	
		Output	Porcentagem de inscritos	
Prazo entrega reporting	Dia 25 do mês n+1	Valor de referência	A definir pelo Coordenador da LSP	
Órgão fiscalizador	Coordenações Regionais da LSP	Meta	A definir pelo Coordenador da LSP	
Critérios de inclusão	Numerador: - Ter contactado a LSP; - Ter mencionado aumento do seu nível de conhecimento. Denominador: - Ter contactado a LSP.			
Observações				
Factor crítico				
Variáveis	Definição	Fonte informação/ SI	Unidade de medida	
A - Numerador	N.º de indivíduos que mencionam ter aumentado o seu nível de conhecimento.	Formulário: Suporte Informação Agentes de Linha	N.º de Indivíduos	
B - Denominador	N.º de indivíduos que contactaram a LSP	Formulário: Suporte Informação Agentes de Linha	N.º de Indivíduos	


</

</


Os Resultados das Intervenções de Enfermagem na Linha Saúde Pública

SISTEMA DE MONITORIZAÇÃO DAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NA LINHA SAÚDE PÚBLICA				 808 211 311 contact center linha saúde pública DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE
BILHETE DE IDENTIDADE				
Designação	Porcentagem do Valor da Intervenção dos Enfermeiros da LSP no Total dos Custos na Saúde			
Dimensão	Eficiência	Entidade gestora	DGS	
Norma/Procedimento		Período aplicável	Ano	
Objectivo	Avaliar a proporção de custos na LSP no SNS			
Descrição do indicador	Indicador exprime o nível de custos associados à LSP .			
Frequência de monitorização	Anual	Unidade de medida	Porcentagem	
Responsável pela monitorização	DGS/LSP	Fórmula	A / B x 100	
		Output	Porcentagem de insuítos	
Prazo entrega reporting	Dia 25 do mês n+1	Valor de referência	A definir pelo Coordenador da LSP	
Órgão fiscalizador	Coordenações Regionais da LSP	Meta	A definir pelo Coordenador da LSP	
Critérios de inclusão	Numerador: - Ter o valor total da despesa havida com LSP/ano. Denominador: - Ter o valor total da despesa havida com cuidados de saúde no SNS/ano.			
Observações				
Factor crítico				
Variáveis	Definição	Fonte informação/ SI	Unidade de medida	
A - Numerador	Custo das intervenções dos enfermeiros da LSP .	Relatórios Internos de Gestão e Financeiros	Euros	
B - Denominador	Custo da intervenção de outros serviços de saúde.	Relatórios Internos de Gestão, Financeiros e Dados da ACSS	Euros	


Os Resultados das Intervenções de Enfermagem na Linha Saúde Pública

SISTEMA DE MONITORIZAÇÃO DAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NA LINHA SAÚDE PÚBLICA				 808 211 311 contact center linha saúde pública <small>DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE</small>
BILHETE DE IDENTIDADE				
Designação	Valor da Intervenção dos Enfermeiros da LSP <i>per Capita</i>			
Dimensão	Eficiência	Entidade gestora	DGS	
Norma/Procedimento		Período aplicável	Ano	
Objectivo	Avaliar a proporção de custos na LSP no SNS			
Descrição do indicador	Indicador exprime o nível de custos associados à LSP .			
Frequência de monitorização	Anual	Unidade de medida	Porcentagem	
Responsável pela monitorização	DGS/LSP	Fórmula	A / B x 100	
		Output	Porcentagem de insuítos	
Prazo entrega reporting	Dia 25 do mês n+1	Valor de referência	A definir pelo Coordenador da LSP	
Órgão fiscalizador	Coordenações Regionais da LSP	Meta	A definir pelo Coordenador da LSP	
Critérios de inclusão	Numerador: - Ter o valor total da despesa havida com LSP/ano. Denominador: - Ter contactado a LSP .			
Observações				
Factor crítico				
Variáveis	Definição	Fonte informação/ SI	Unidade de medida	
A - Numerador	Custo das intervenções dos enfermeiros da LSP .	Relatórios Internos de Gestão e Financeiros	Euros/per Capita	
B - Denominador	N.º de indivíduos que contactaram a LSP	Relatórios Internos de Gestão	Euros/per Capita	

Os Resultados das Intervenções de Enfermagem na Linha Saúde Pública



</



808 211 311

contact center

linha saúde pública

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE

SISTEMA DE MONITORIZAÇÃO DAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NA LINHA SAÚDE PÚBLICA

BILHETE DE IDENTIDADE

Designação

Nível de Adequabilidade do Encaminhamento

Dimensão

Qualidade

Entidade gestora

DGS

Norma/Procedimento

Período aplicável

Ano

Objectivo

Avaliar o nível de adequabilidade do encaminhamento.

Descrição do indicador

Indicador exprime o nível de adequabilidade do encaminhamento dado pelos enfermeiros da LSP .

Frequência de monitorização

Anual

Unidade de medida

Porcentagem

Responsável pela monitorização

DGS/LSP

Fórmula

A / B x 100

Output

Porcentagem de insuítos

Prazo entrega reporting

Dia 25 do mês n+1

Valor de referência

A definir pelo Coordenador da LSP

Órgão fiscalizador

Coordenações Regionais da LSP

Meta

A definir pelo Coordenador da LSP

CrITÉRIOS de inclusão

Numerador:

- Ter contactado a LSP;

- Ter sido encaminhado para algum serviço;

- Ser classificado pelos auditores como "Conforme"

Denominador:

- Ter contactado a LSP;

- Ter sido encaminhado para algum serviço.

Observações

Factor crítico

Variáveis

Definição

Fonte informação/ SI

Unidade de medida

A - Numerador

N.º de casos classificados como bem encaminhados pelos auditores .

Auditoria


N.º de casos

B - Denominador


N.º de indivíduos que contactaram a LSP.

Auditoria

N.º de casos


SISTEMA DE MONITORIZAÇÃO DAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NA LINHA SAÚDE PÚBLICA				 808 211 311 contact center linha saúde pública DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE
BILHETE DE IDENTIDADE				
Designação	Nível de Adequabilidade do Diagnóstico			
Dimensão	Qualidade	Entidade gestora	DGS	
Norma/Procedimento		Período aplicável	Ano	
Objectivo	Avaliar o nível de adequabilidade do diagnóstico.			
Descrição do indicador	Indicador exprime o nível de adequabilidade do diagnóstico/avaliação dos enfermeiros da LSP.			
Frequência de monitorização	Anual	Unidade de medida	Porcentagem	
Responsável pela monitorização	DGS/LSP	Fórmula	A / B x 100	
		Output	Porcentagem de insuítos	
Prazo entrega reporting	Dia 25 do mês n+1	Valor de referência	A definir pelo Coordenador da LSP	
Órgão fiscalizador	Coordenações Regionais da LSP	Meta	A definir pelo Coordenador da LSP	
CrITÉrios de inclusão	Numerador: - Ter contactado a LSP; - Ser classificado pelos auditores como "Conforme" Denominador: - Ter contactado a LSP;			
Observações				
Factor crítico				
Variáveis	Definição	Fonte informação/ SI	Unidade de medida	
A - Numerador	N.º de casos classificados como bem avaliados/diagnosticados pelos auditores.	Auditoria	N.º de casos	
B - Denominador	N.º de indivíduos que contactaram a LSP.	Auditoria	N.º de casos	

Os Resultados das Intervenções de Enfermagem na Linha Saúde Pública



</

Os Resultados das Intervenções de Enfermagem na Linha Saúde Pública

SISTEMA DE MONITORIZAÇÃO DAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NA LINHA SAÚDE PÚBLICA				
BILHETE DE IDENTIDADE				
Designação	Resultados em Saúde			
Dimensão	Eligibilidade	Entidade gestora	DGS	
Norma/Procedimento		Período aplicável	Ano	
Objectivo	Avaliar o nível de reencaminhamento de indivíduos com sintomas de doença transmissível (re)emergente para unidades de saúde.			
Descrição do indicador	Indicador exprime a efectividade do reencaminhamento de indivíduos com sinais de de doença transmissível (re)emergente para as unidades de saúde.			
Frequência de monitorização	Anual	Unidade de medida	Porcentagem	
Responsável pela monitorização	DGS/LSP	Fórmula	A / B x 100	
		Output	Porcentagem de insuítos	
Prazo entrega reporting	Dia 25 do mês n+1	Valor de referência	A definir pelo Coordenador da LSP	
Órgão fiscalizador	Coordenações Regionais da LSP	Meta	A definir pelo Coordenador da LSP	
Critérios de inclusão	<p>Numerador:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ter contactado a LSP; - Ter sinais de doença transmissível (re)emergente*. <p>Denominador:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ter contactado a LSP; - Ter sido encaminhado para uma unidade de saúde 			
Observações				
Factor crítico				
Variáveis	Definição	Fonte informação/ SI	Unidade de medida	
A - Numerador	N.º de indivíduos que contactaram a LSP com sinais de doença transmissível (re)emergente.	Formulário: Suporte Informação Agentes de Linha	N.º de indivíduos	
B - Denominador	N.º de indivíduos que foram reencaminhados para uma unidade de saúde.	Formulário: Suporte Informação Agentes de Linha	N.º de indivíduos	

Anexo 18: O empoderamento da comunidade LSP

Domínio	Descrição	A comunidade de enfermeiros da LSP
Participação	Avalia o nível de envolvimento individual e coletivo na tomada de decisão	No diagnóstico de situação constatamos um nível de participação da comunidade de 40%
Liderança	Avalia a condução da participação (os organizadores normalmente são externos à comunidade)	Nesta comunidade existe um líder interno, o coordenador da LSP, e um organizador das iniciativas externo, correspondente a signatária.
Estruturas organizativas	Reflete a forma como a comunidade identifica problemas e que elementos utilizam para os resolver	A comunidade de enfermeiros da LSP detém uma organização interna com coordenação nacional e regional
Apreciação de problemas	Avalia a forma como a comunidade identifica os fatores problemáticos e de desequilíbrio que podem implicar a necessidade de desenvolver novas aptidões ou competências	A comunidade de enfermeiros da LSP reúne periodicamente para fazer identificação de problemas e de intervenções para as ultrapassar.
Mobilização de recursos	Refere-se à capacidade que a comunidade possui para mobilizar recursos internos e externos, sendo um indício de um elevado nível de competência, organização e, consequentemente, de empoderamento;	Verificámos que 96,6% dos enfermeiros inquiridos perceciona que estabelece com a pessoa um plano de intervenção e que 100% considera a sua atividade autónoma

Questionamento	Capacidade que a comunidade tem de apreciar criticamente os seus problemas e causas contextuais	A participação dos enfermeiros da LSP na reflexão conjunta sobre a sua prática foi de 73%
Ligação aos outros	Incluí parcerias, coligações e alianças para a saúde (trabalho em rede)	A comunidade de enfermeiros da LSP opera em rede e em articulação com os recursos da comunidade (ARS, hospitais, CSP, proteção civil, juntas de freguesia...). Verificámos que 82,8% dos enfermeiros perceciona que cria redes de suporte.
Papel dos agentes externos	Avalia que agentes ajudam a comunidade a aceder aos recursos	A comunidade de enfermeiros da LSP tem apoio dos técnicos da Direcção-Geral da Saúde
Gestão do programa	Pretende garantir a continuidade e a sustentabilidade das iniciativas	Como existe uma coordenação nacional e regional da comunidade de enfermeiros a garantia de continuidade do processo de reflexão conjunta será assegurada no futuro.

Fonte: Adaptação de Labonté e Laverack (Labonté e Laverack, 2008)

Anexo 19: Apresentação final dos resultados

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM

4º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA
ESTÁGIO II

**RESULTADOS DE ENFERMAGEM
NA
LINHA SAÚDE PÚBLICA**

Professora Orientadora: Inês Almeida
Enfermeiros cooperantes: Sérgio Gomes e Pedro Branco
Diácono: Anabela Coelho

23 de maio de 2014

Porquê Monitorizar as Práticas de Enfermagem?

Porque faz parte da nossa existência profissional!

Desde meados do século XIX que Florence Nightingale documentava o significativo impacto do resultado em doentes através de estatísticas de mortalidade e morbilidade. No entanto nunca conseguiu documentar, com o mesmo rigor, a relação desses resultados (em doentes) com os cuidados de enfermagem (processo e estrutura).

(Harvard, 1997)

2

OBJETIVOS

1. Sensibilizar os enfermeiros da LSP para a importância da monitorização da sua prática
2. Demonstrar como a monitorização de resultados em enfermagem pode ser um instrumento de intervenção sobre o contexto
3. Apresentar os resultados dos diferentes estudos desenvolvidos para a definição de um core mínimo de indicadores sensíveis à prática de enfermagem na LSP

Porquê Monitorizar as Práticas de Enfermagem?

Porque é necessário conhecer e agir sobre os contextos!

A enfermagem deve demonstrar o valor dos seus cuidados através da melhoria de determinados resultados relacionados com as suas intervenções.

Caso contrário, as contribuições específicas de enfermagem passam a estar invisíveis e sem qualquer suporte de retaguarda.

(Ditmyer, 1998) (Baernholdt, 2003)

Como Monitorizar as Práticas de Enfermagem?

Através da avaliação de indicadores sensíveis à prestação de cuidados de enfermagem uma vez que permitem evidenciar a dimensão autónoma do exercício da enfermagem. (Ordem dos Enfermeiros, 2001)

Podem ser utilizados instrumentos baseados em:

1. sistemas de classificação de doentes
2. percepção do doente
3. percepção e juízo formado pelo prestador.

8

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM NA COMUNIDADE - Fases:



Stenhouse e Lancaster, 2011

Atendimento Telefónico de Enfermagem

Vários estudos têm demonstrado que o atendimento telefónico em saúde, quando realizado por enfermeiros, não só adequa a referência do doente no sistema, evitando custos de uma utilização de serviços desadequada face às reais necessidades do doente, com também potencia a autonomia dos doentes e melhora o primeiro nível de cuidados: o auto-cuidado.

(Grunapathy e Ravindra, 2011) (Kumar, 2011).

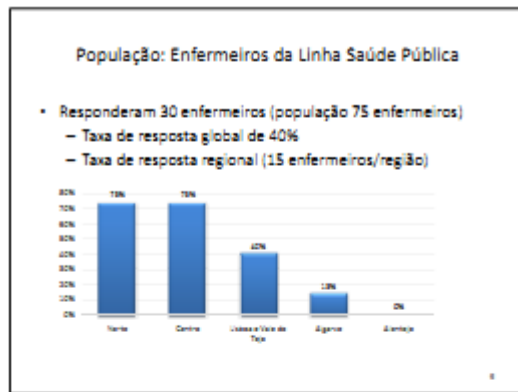
9

QUESTIONÁRIO DE DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

GRUPO POPULACIONAL:
ENFERMEIROS DA LINHA DE SAÚDE PÚBLICA

9

Os Resultados das Intervenções de Enfermagem na Linha Saúde Pública



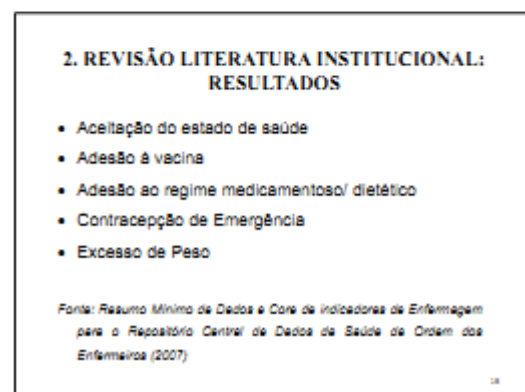
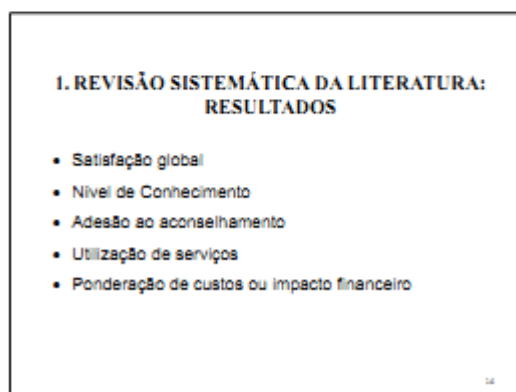
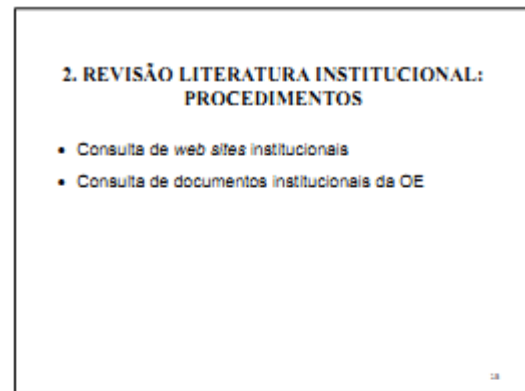
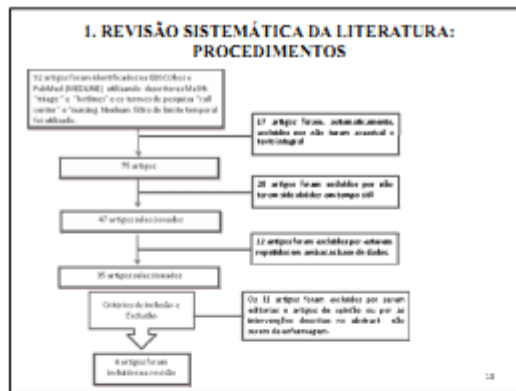
Défice de conhecimento sobre os resultados das intervenções de enfermagem

- Entrevista inicial ao enfermeiro-coordenador da LSP
 - “ (...) a atividade dos enfermeiros da LSP poupa muito dinheiro ao Estado, mas ninguém sabe, ninguém mede, ninguém conhece (...)” (sic).
- Questionário de diagnóstico de enfermagem na comunidade de enfermeiros LSP
 - 66,7% dos enfermeiros inquiridos consideraram relevante a avaliação da sua atividade por aferição dos resultados em saúde alcançados e por aferição dos custos (60%);

Principais Necessidades Identificadas

- Medição dos resultados da intervenção de enfermagem na LSP
 - Satisfação do cidadão;
 - Resultados em Saúde;
 - Avaliação de Custos/Poupança para o Sistema de Saúde;
 - Adequabilidade da referenciação/aconselhamento;
 - Nível de cumprimento do aconselhamento.





3. PAINEL DE PERITOS: PROCEDIMENTOS

- Auscultação de 6 peritos (5 coordenadores regionais e o coordenador nacional);
- Partilha de documentos na área reservada e por correio eletrónico;
- Discussão das áreas de monitorização e indicadores;
- Os peritos foram convidados a eliminar ou corrigir a proposta de resultados monitorizáveis em LSP, inicialmente apresentados, bem como a incorporar novas propostas.

17

3. PAINEL DE PERITOS: RESULTADOS

- Adicionaram 6 indicadores (cont)
4. Total de indivíduos satisfeitos com o encaminhamento/total indivíduos auscultados
 5. Total de indivíduos satisfeitos com o diagnóstico de enfermagem (ou avaliação) formulado pelo enfermeiro da LSP/total indivíduos auscultados
 6. Nº. de indivíduos que ligaram por contração de emergência e tiveram ganhos em conhecimento sobre planeamento familiar/Nº total de indivíduos que contatam a LSP sobre contração de emergência

18

3. PAINEL DE PERITOS: RESULTADOS

- Adicionaram 6 indicadores
1. Custo das intervenções do enfermeiro da LSP durante um período de tempo/ Total de indivíduos atendidos no mesmo período de tempo.
 2. Custo das intervenções do enfermeiro da LSP durante um período de tempo/Custo da intervenção de enfermeiro no serviço de saúde X no mesmo período de tempo.
 3. Total de indivíduos que mencionam ter recorrido a outro tipo de aconselhamento/total indivíduos auscultados.

19

3. PAINEL DE PERITOS: RESULTADOS

- Eliminaram 9 indicadores

Resultado	Indicador	Motivo da Exclusão
Aceitação do estado de saúde	Nº. de indivíduos com aceitação do estado de saúde/Nº total de indivíduos	Com pouco interesse para a atividade da LSP
Adesão à vacina	Nº. de indivíduos com adesão à vacina/Nº total de indivíduos	Com pouco interesse para a atividade da LSP
	Nº. de Prestadores de Cuidados com ganhos de conhecimento/Nº total de Prestadores de Cuidados com potencial	Com pouco interesse para a atividade da LSP
Adesão ao regime medicamentoso/diagnóstico	Nº. de indivíduos com adesão ao regime/Nº total de indivíduos	Com pouco interesse para a atividade da LSP
	Nº. de indivíduos com ganhos de conhecimento/Nº total de indivíduos com potencial	Já está incluído no indicador "Ganhos de Conhecimento"

20

3. PAINEL DE PERITOS: RESULTADOS

• Eliminaram 9 indicadores (cont)

Resultado	Indicador	Motivo da Exclusão
Contraceção de Emergência	Nº de indivíduos com uso de contraceptivos de emergência/Nº total de indivíduos que contactam a LSP	Indicador Epidemiológico
	Nº de indivíduos com ganhos em conhecimento/Nº total de indivíduos com défice	Já está incluído no indicador "Ganhos de Conhecimento"
Excesso de Peso	Nº de utentes com excesso de peso/Nº total de utentes que contactam a LSP	Indicador Epidemiológico
	Nº de utentes com risco sem excesso de peso/Nº utentes com risco de excesso de peso	Com pouco interesse para a atividade da LSP

21

4. PAINEL DELPHI: Resultados

- Decorreram duas rondas
 - A primeira ronda foi online (durante os dias 20 e 21 de maio de 2014) e presencial (no dia 22 de maio 2014) com uma taxa de participação de 100%
 - A segunda ronda foi presencial (no dia 22 de maio) com uma taxa de participação de 72% ("mortalidade" de 28%)
- Dos 10 domínios apresentados foi eliminado 1 domínio
 - Utilização de serviços

22

4. PAINEL DELPHI: Procedimentos

- Decorreu de 20 a 22 de maio de 2014
- Enviou todos os enfermeiros da LSP (N=75)
- Foi utilizada uma escala de *Linkert* (1-5) para avaliação do nível de concordância.
- Definiu-se previamente que os resultados/indicadores com um score médio igual ou superior a 4 eram considerados consensualizados pelo grupo de enfermeiros da LSP se atingissem um nível de consenso de 75%.
- Foram apreciados 10 domínios e 15 indicadores

23

4. PAINEL DELPHI: Resultados

- Dos 15 indicadores apresentados foram eliminados 2
 - Utilização de serviços
Total de indivíduos que utilizariam outro serviço de saúde em alternativa à LSP/total indivíduos auscultados (37% classifica em ≤ 3)
 - Ponderação de custos ou impacto financeiro
Custo das intervenções do enfermeiro da LSP durante um período de tempo/Custo da intervenção de enfermeiro no serviço de saúde X no mesmo período de tempo (31% classifica em ≤ 3)

24

Os Resultados das Intervenções de Enfermagem na Linha Saúde Pública

Resultado	Indicador	%
Satisfação	Total de indivíduos satisfeitos/total indivíduos auscultados	75%
	Total de indivíduos satisfeitos com o encaminhamento/total indivíduos auscultados	77%
	Total de indivíduos satisfeitos com o diagnóstico de enfermagem (ou avaliação) formulado pelo enfermeiro da LSP/total indivíduos auscultados	77%
Ganhos de Conhecimento	Total de indivíduos que mencionam ter aumentado o seu nível de conhecimento/total indivíduos auscultados	77%
	Nº de indivíduos que ligaram por contração de emergência e tiveram ganhos em conhecimento sobre planeamento familiar/Nº total de indivíduos que contactam a LSP sobre contração de emergência	77%
Acesso ao aconselhamento	Total de indivíduos que informam ter cumprido as indicações da LSP/total indivíduos auscultados	98% (98%)
Ponderação de custos ou impacto financeiro	Custo das intervenções do enfermeiro da LSP durante um período de tempo/Custo da intervenção de outros serviços de saúde no mesmo período de tempo	82% (82%)
	Custo das intervenções do enfermeiro da LSP durante um período de tempo/Total de indivíduos atendidos no mesmo período de tempo	82% (81%)

5. PLANO DE INTERVENÇÃO

- Sessão de Formação Sobre a Importância da Avaliação das Práticas de Enfermagem;
- Apresentar os resultados do Painel Delphi;
- Propor ao Coordenador da LSP um sistema de monitorização das práticas de enfermagem;
- Avaliar a exequibilidade de, durante o período de estágio, se iniciar a monitorização de alguns dos indicadores propostos.

27

Resultado	Indicador	%
Adequabilidade do Encaminhamento	Total de indivíduos adequadamente encaminhados/total indivíduos auscultados	75%
Adequabilidade do Diagnóstico de enfermagem	Total de indivíduos com correto diagnóstico de enfermagem/avaliados/total indivíduos auscultados	75%
Nível de Confiança para com o Serviço	Total de indivíduos que mencionam ter recorrido a outro tipo de aconselhamento/total indivíduos auscultados	75% (47%)
Resultados em Saúde	Total de indivíduos que contactaram a LSP com sinais de doença transmissível (re/emergente)/Total de indivíduos referenciados para a unidade de saúde	92% (72%)
Prevalência de atendimentos	Total de indivíduos encaminhados para a LSP durante um ano/Total chamadas para o centro de atendimento	76% (65%)

28

6. BIBLIOGRAFIA

- Parsons, J., Neuman, B. (2010). The Neuman Systems Model. Pearson Education (US). ISBN: 978013142776.
- Forin, M. (2009). Fundamentos e Desafios no Processo de Investigação. Luxodidacta.
- Forin, M. (2002). O processo de investigação: da concepção à realização. Luxodidacta.
- Gnanapathy K., Ravindra A. (2011). Telenursing in an emerging economy: an overview. Health Informatics, pp 47-59.
- Gomes, S. (2009). Saúde 24: Centro de atendimento do serviço nacional de saúde. Apresentação realizada na Conferência: "A TIC e a Saúde no Portugal de 2009" promovida pela APDSI. On line www.apdsi.pt/uploads/media/2009/engio%20gomes.pdf
- Kumar, S. (2011). Telenursing: An Audit. Health Informatics, pp 191-192.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento n.º 1/2011 sobre as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental. Diário da República 2.ª série — N.º 35 de 18 de Fevereiro de 2011, p. 8657-8673.
- Ordem dos Enfermeiros (2012). Regulamento do perfil das competências dos enfermeiros de cuidados gerais. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Foiti, D. e Beck, C. (2012). Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Santhopa M., Lancaster J. (2011). Enfermagem de Saúde Pública. Luxodidacta. ISBN: 978-989-8075-29-1.
- Torney A., Alligood M. Técnicas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem). Luxodidacta. ISBN: 9789728303749.
- Watson, J. (1999). Ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem. Lisboa: Luxodidacta.

AGRADECIMENTOS

- Enf.ª Sérgio Gomes
- Prof. Isabel Barroso
- Enf.ª Nelson Guerra
- Enfas. Andreia Silva e Marta Rosa
- Enf.ª Pedro Sá Moreira

Enfermeiros Coordenadores Regionais
e Enfermeiros da LSP

29